**[2024 EOC model]**

*[Plans may modify the language in the EOC, as applicable, to address Medicaid benefits and cost sharing for its dual eligible population.]*

*[Plans must revise references to Medicaid to use the state-specific name for the program throughout the EOC. If the state-specific name does not include the word: Medicaid, plans should add: (Medicaid) after the name.]*

*[PPO plans may modify the model as needed to describe the plan’s rules and benefits.] [Where the model uses: medical care, medical services, or health care services, plans may revise and/or include references to long-term services and supports (LTSS) and/or home and community-based services as applicable.]*

**Ngày 1 tháng Một – ngày 31 tháng Mười Hai, 2024**

**Chứng từ Bảo hiểm:**

**Các Quyền lợi và Dịch vụ Sức khỏe và Bảo hiểm Thuốc Kê toa Medicare của quý vị với tư cách là Thành viên của *[insert 2024 plan name] [insert plan type]***

*[Plans: Revise this language to reflect that the organization is providing both Medicaid and Medicare covered benefits, when applicable.]*

*[****Optional:*** *insert member name]   
[****Optional:*** *insert member address]*

Tài liệu này cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về bảo hiểm Medicare [*insert if applicable:* and Medicaid] chăm sóc sức khỏe *[plans may add references to other services, long-term care, and/or home and community-based services as applicable]* và thuốc kê toa của quý vị từ ngày 1 tháng Một – 31 tháng Mười Hai, 2024. **Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Hãy giữ nó ở một nơi an toàn.**

**Nếu quý vị có thắc mắc về tài liệu này, vui lòng liên hệ với Ban Dịch vụ** **Thành viên theo số *[insert phone******number]***. **(Người dùng TTY nên gọi *[insert TTY number]*). giờ làm việc là *[insert days and hours of operation]*.** Cuộc gọi này miễn phí.

Chương trình này, *[insert 2024 plan name],* được cung cấp bởi *[insert MAO name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document]* (Khi *Chứng từ Bảo hiểm* này nói"chúng tôi", hoặc "của chúng tôi", có nghĩa là *[insert MAO name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names].* Khi nói "Chương trình" hoặc "Chương trình của chúng tôi," có nghĩa là *[insert 2024 plan name].*)

[*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Tài liệu này miễn phí bằng *[insert languages that meet the 5% threshold]*. *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., braille, large print, audio tapes) as applicable.]*

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* Quyền lợi, phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng Một, 2025.

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* Danh mục thuốc, mạng lưới nhà thuốc và/hoặc nhà cung cấp có thể thay đổi vào bất kỳ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo khi cần thiết. Chúng tôi sẽ thông báo cho người ghi danh bị ảnh hưởng về những thay đổi trước ít nhất 30 ngày.

*[Plans may insert any state-required statements, including state-required disclaimer language, here.]*

*[Note: ensure this is placed on the first page of the document]*

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

* Phí bảo hiểm Chương trình và chia sẻ chi phí của quý vị;
* Các quyền lợi thuốc y tế và thuốc theo toa của quý vị;
* Làm thế nào để nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không hài lòng với dịch vụ hoặc dịch vụ điều trị;
* Cách liên lạc với chúng tôi nếu quý vị cần hỗ trợ thêm; và,
* Các bảo vệ khác theo yêu cầu của luật Medicare.

*[Insert Material ID: (H, R, S, or Y) number\_description of choice (M or C)]*

**Chứng từ Bảo hiểm 2024**

**Mục Lục**

[CHƯƠNG 1: *Bắt đầu với tư cách là thành viên* 6](#_Toc145344964)

[PHẦN 1 Giới thiệu 7](#_Toc145344965)

[PHẦN 2 Quý vị phải hội đủ những tiêu chuẩn gì thì mới được làm thành viên của Chương trình? 9](#_Toc145344966)

[PHẦN 3 Các tài liệu Chương trình quan trọng mà quý vị sẽ nhận được 12](#_Toc145344967)

[PHẦN 4 Chi phí hàng tháng của quý vị cho *[insert 2024 plan name]* 14](#_Toc145344968)

[PHẦN 5 Thêm thông tin về phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị 18](#_Toc145344969)

[PHẦN 6 Cập nhật hồ sơ thành viên Chương trình 21](#_Toc145344970)

[PHẦN 7 Cách bảo hiểm khác hoạt động với Chương trình của chúng tôi 22](#_Toc145344971)

[CHƯƠNG 2: *Các số điện thoại và tài nguyên quan trọng* 24](#_Toc145344972)

[PHẦN 1 *[Insert 2024 plan name]* thông tin liên lạc (cách liên lạc với chúng tôi, bao gồm cách liên lạc với Dịch Vụ Thành viên) 25](#_Toc145344973)

[PHẦN 2 Medicare (cách nhận trợ giúp và thông tin trực tiếp từ Chương trình Medicare Liên Bang) 29](#_Toc145344974)

[PHẦN 3 Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (trợ giúp, thông tin và giải đáp miễn phí cho các thắc mắc của quý vị về Medicare) 31](#_Toc145344975)

[PHẦN 4 Tổ chức Cải thiện Chất lượng 32](#_Toc145344976)

[PHẦN 5 Sở An Sinh Xã Hội 34](#_Toc145344977)

[PHẦN 6 Medicaid 34](#_Toc145344978)

[PHẦN 7 Thông tin về các Chương trình giúp mọi người thanh toán cho thuốc theo toa của họ 37](#_Toc145344979)

[PHẦN 8 Cách liên lạc với Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa 39](#_Toc145344980)

[PHẦN 9 Quý vị có bảo hiểm nhóm hoặc bảo hiểm y tế khác từ một chủ lao động không? 40](#_Toc145344981)

[PHẦN 10 Quý vị có thể nhận được sự hỗ trợ từ *[insert name]* 40](#_Toc145344982)

[CHƯƠNG 3: *Sử dụng Chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị* [*insert if applicable:* và các dịch vụ được đài thọ khác] 41](#_Toc145344983)

[PHẦN 1 Những điều cần biết về việc nhận dịch vụ chăm sóc y tế và [*insert if applicable:* các dịch vụ khác] của quý vị với tư cách là thành viên của Chương trình của chúng tôi 42](#_Toc145344984)

[PHẦN 2 Sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của Chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị [*insert if applicable:* và các dịch vụ khác] 44](#_Toc145344985)

[PHẦN 3 Cách nhận dịch vụ khi quý vị gặp trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp để được chăm sóc hoặc trong một thảm họa 48](#_Toc145344986)

[PHẦN 4 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị được lập hóa đơn trực tiếp cho toàn bộ chi phí dịch vụ của quý vị? 51](#_Toc145344987)

[PHẦN 5 Các dịch vụ y tế của quý vị được đài thọ như thế nào khi quý vị đang trong một nghiên cứu lâm sàng? 52](#_Toc145344988)

[PHẦN 6 Quy tắc nhận chăm sóc trong một tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế 54](#_Toc145344989)

[PHẦN 7 Quy định về quyền sở hữu thiết bị y tế dài hạn 56](#_Toc145344990)

[CHƯƠNG 4: *Biểu Quyền lợi Y Tế* (*những gì được bảo hiểm* [*plans with cost sharing insert:* và những gì quý vị thanh toán]) 58](#_Toc145344991)

[PHẦN 1 Hiểu rõ [*insert if plan has cost sharing:* chi phí tự trả cho các] dịch vụ được đài thọ 59](#_Toc145344992)

[PHẦN 2 Sử dụng *Biểu Quyền lợi Y tế* để tìm hiểu những gì được đài thọ [*plans with cost sharing insert:* and how much you will pay] 64](#_Toc145344993)

[PHẦN 3 Những dịch vụ nào được đài thọ bên ngoài *[insert plan name]*? 113](#_Toc145344994)

[PHẦN 4 Những dịch vụ nào không được đài thọ bởi [*insert as applicable:* Chương trình *OR* Medicare *OR* Medicaid]? 114](#_Toc145344995)

[CHƯƠNG 5: *Sử dụng bảo hiểm của Chương trình cho thuốc theo toa Phần D* 118](#_Toc145344996)

[PHẦN 1 Giới thiệu 119](#_Toc145344997)

[PHẦN 2 Mua thuốc theo toa quý vị tại một hiệu thuốc trong mạng lưới [*insert if applicable:* hoặc thông qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện của Chương trình] 120](#_Toc145344998)

[PHẦN 3 Thuốc của quý vị cần phải có trong "Danh sách Thuốc" của Chương trình 125](#_Toc145344999)

[PHẦN 4 Có giới hạn về bảo hiểm cho một số loại thuốc 128](#_Toc145345000)

[PHẦN 5 Điều gì sẽ xảy ra nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được đài thọ theo cách quý vị muốn được đài thọ? 130](#_Toc145345001)

[PHẦN 6 Điều gì sẽ xảy ra nếu bảo hiểm của quý vị thay đổi cho một trong các loại thuốc của quý vị? 133](#_Toc145345002)

[PHẦN 7 Những loại thuốc nào *không* được Chương trình đài thọ? 137](#_Toc145345003)

[PHẦN 8 Mua thuốc theo toa 139](#_Toc145345004)

[PHẦN 9 Bảo hiểm thuốc Phần D trong những tình huống đặc biệt 139](#_Toc145345005)

[PHẦN 10 Các Chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc 141](#_Toc145345006)

[CHƯƠNG 6: *Quý vị trả những gì cho thuốc theo toa Phần D của quý vị* 144](#_Toc145345007)

[PHẦN 1 Giới thiệu 145](#_Toc145345008)

[PHẦN 2 Những gì quý vị thanh toán cho thuốc phụ thuộc vào **giai đoạn thanh** toán thuốc nào quý vị đang ở khi quý vị mua thuốc 148](#_Toc145345009)

[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 của quý vị 149](#_Toc145345010)

[PHẦN 4 Trong Giai Đoạn Khấu Trừ, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc *[insert drug tiers if applicable]* của mình 151](#_Toc145345011)

[PHẦN 5 Trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, Chương trình trả phần chi phí thuốc của quý vị và quý vị trả phần của quý vị 152](#_Toc145345012)

[PHẦN 6 Chi phí trong Giai đoạn Khoảng trống Bảo hiểm 157](#_Toc145345013)

[PHẦN 7 Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai ương, Chương trình thanh toán toàn bộ chi phí cho các thuốc Phần D được đài thọ của quý vị 158](#_Toc145345014)

[PHẦN 8 Thông tin quyền lợi bổ sung 158](#_Toc145345015)

[PHẦN 9 Vắc-xin Phần D. Những gì quý vị thanh toán phụ thuộc vào cách thức và nơi quý vị nhận được chúng 158](#_Toc145345016)

[CHƯƠNG 7: *Yêu cầu chúng tôi trả [plans with cost sharing insert: our share of]* một hóa đơn mà quý vị nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được đài thọ 161](#_Toc145345017)

[PHẦN 1 Những tình huống mà quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ của quý vị 162](#_Toc145345018)

[PHẦN 2 Cách yêu cầu chúng tôi trả lại tiền hoặc trả hóa đơn mà quý vị đã nhận được 165](#_Toc145345019)

[PHẦN 3 Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và nói có hoặc không 166](#_Toc145345020)

[CHƯƠNG 8: *Các quyền và trách nhiệm của quý vị* 168](#_Toc145345021)

[PHẦN 1 Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền và sự nhạy cảm văn hóa của quý vị với tư cách là thành viên của Chương trình 169](#_Toc145345022)

[PHẦN 2 Quý vị có một số trách nhiệm với tư cách là thành viên của Chương trình 175](#_Toc145345023)

[CHƯƠNG 9A: *Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hay khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, phàn nàn)* 177](#_Toc145345024)

[PHẦN 1 Giới thiệu 178](#_Toc145345025)

[PHẦN 2 Nơi nhận thêm thông tin và hỗ trợ được cá nhân hóa 179](#_Toc145345026)

[PHẦN 3 Để giải quyết vấn đề của quý vị, quý vị nên sử dụng quy trình nào? 180](#_Toc145345027)

[PHẦN 4 Xử lý các vấn đề về các quyền lợi bảo hiểm Medicare của quý vị 181](#_Toc145345028)

[PHẦN 5 Hướng dẫn về những thông tin cơ bản về các quyết định bảo hiểm và kháng nghị 182](#_Toc145345029)

[PHẦN 6 Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Làm thế nào để yêu cầu quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị một quyết định bảo hiểm 185](#_Toc145345030)

[PHẦN 7 Thuốc theo toa Phần D của quý vị: Làm thế nào để yêu cầu quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị 194](#_Toc145345031)

[PHẦN 8 Cách đề nghị chúng tôi đài thọ cho thời gian nằm viện nội trú dài hơn nếu quý vị nghĩ rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm 206](#_Toc145345032)

[PHẦN 9 Cách đề nghị chúng tôi tiếp tục đài thọ cho một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị nghĩ rằng bảo hiểm của quý vị kết thúc quá sớm 213](#_Toc145345033)

[PHẦN 10 Thực hiện kháng nghị của quý vị đến Cấp 3 và cao hơn 220](#_Toc145345034)

[PHẦN 11 Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các quan ngại khác 223](#_Toc145345035)

[PHẦN 12 Xử lý các vấn đề về các quyền lợi bảo hiểm Medicaid của quý vị 226](#_Toc145345036)

[CHƯƠNG 9B: *Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hay khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)* 227](#_Toc145345037)

[PHẦN 1 Giới thiệu 228](#_Toc145345038)

[PHẦN 2 Nơi nhận thêm thông tin và hỗ trợ được cá nhân hóa 229](#_Toc145345039)

[PHẦN 3 Hiểu rõ các khiếu nại và kháng nghị của Medicare và Medicaid trong Chương trình của chúng tôi 230](#_Toc145345040)

[PHẦN 4 Các quyết định và kháng nghị về bảo hiểm 230](#_Toc145345041)

[PHẦN 5 Hướng dẫn về những thông tin cơ bản về các quyết định bảo hiểm và kháng nghị 231](#_Toc145345042)

[PHẦN 6 Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Làm thế nào để yêu cầu quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị một quyết định bảo hiểm 234](#_Toc145345043)

[PHẦN 7 Thuốc theo toa Phần D của quý vị: Làm thế nào để yêu cầu quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị 246](#_Toc145345044)

[PHẦN 8 Cách đề nghị chúng tôi đài thọ cho thời gian nằm viện nội trú dài hơn nếu quý vị nghĩ rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm 257](#_Toc145345045)

[PHẦN 9 Cách đề nghị chúng tôi tiếp tục đài thọ cho một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị nghĩ rằng bảo hiểm của quý vị kết thúc quá sớm 265](#_Toc145345046)

[PHẦN 10 Thực hiện kháng nghị của quý vị đến Cấp 3 và cao hơn 272](#_Toc145345047)

[PHẦN 11 Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các quan ngại khác 276](#_Toc145345048)

[CHƯƠNG 10: *Chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong Chương trình* 280](#_Toc145345049)

[PHẦN 1 Giới thiệu về việc kết thúc tư cách thành viên trong Chương trình của chúng tôi 281](#_Toc145345050)

[PHẦN 2 Quý vị có thể chấm dứt thành viên trong Chương trình của chúng tôi khi nào? 281](#_Toc145345051)

[PHẦN 3 Quý vị chấm dứt thành viên trong Chương trình của chúng tôi như   
thế nào? 285](#_Toc145345052)

[PHẦN 4 Cho đến khi kết thúc tư cách thành viên, quý vị phải tiếp tục nhận các mặt hàng y tế, dịch vụ và thuốc thông qua Chương trình của chúng tôi 286](#_Toc145345053)

[PHẦN 5 *[Insert 2024 plan name]* phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong Chương trình trong một số tình huống nhất định 287](#_Toc145345054)

[CHƯƠNG 11: *Thông báo pháp lý* 290](#_Toc145345055)

[PHẦN 1 Thông báo về luật pháp quản lý 291](#_Toc145345056)

[PHẦN 2 Thông báo về không phân biệt chủng tộc 291](#_Toc145345057)

[PHẦN 3 Thông báo về quyền thay thế Người Thanh toán Thứ cấp Medicare 291](#_Toc145345058)

[CHƯƠNG 12: *Định nghĩa các từ quan trọng* 293](#_Toc145345059)

*[Applicable integrated plans, the subset of fully integrated dual eligible special need plans (FIDE SNPs) and highly integrated dual eligible special need plans (HIDE SNPs) with exclusively aligned enrollment, are required to use Chapter 9B instead of Chapter 9A.]*

*[Plans should remove the corresponding letter, either "A" or "B", from whichever version of Chapter 9 the plan uses (either Chapter 9A or Chapter 9B) from the document. This includes the main table of contents, Chapter 9 cover page, and Chapter 9 table of contents.]*

## CHƯƠNG 1: *Bắt đầu với tư cách là thành viên*

### PHẦN 1 Giới thiệu

#### Phần 1.1 Quý vị ghi danh vào *[insert 2024 plan name]*, là một Chương trình Medicare Advantage chuyên biệt (Chương trình Nhu cầu Đặc biệt)

*[Plans may revise this language to elaborate on the coordination between Medicare and Medicaid.]*

Quý vị được cả Medicare và Medicaid đài thọ:

* **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 nhất định và những người bị bệnh thận (suy thận).
* **Medicaid** là một Chương trình liên kết của chính phủ liên bang và tiểu bang giúp kiểm soát chi phí y tế cho một số người nhất định có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Bảo hiểm Medicaid khác nhau tùy theo tiểu bang và loại Medicaid quý vị có. Một số người có Medicaid nhận hỗ trợ thanh toán cho phí bảo hiểm Medicare và các chi phí khác. Những người khác cũng được bảo hiểm cho các dịch vụ và thuốc bổ sung không được Medicare đài thọ.

Quý vị đã chọn nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và bảo hiểm thuốc kê toa Medicare [*insert if applicable:* và Medicaid] của quý vị thông qua Chương trình của chúng tôi, *[insert 2024 plan name]*. Chúng tôi được yêu cầu đài thọ cho tất cả các dịch vụ Phần A và Phần B. Tuy nhiên, việc chia sẻ chi phí và tiếp cận nhà cung cấp trong Chương trình này khác với Original Medicare.

*[Insert 2024 plan name]* là một Chương trình Medicare Advantage chuyên biệt (một Chương trình Nhu cầu Đặc biệt của Medicare), nghĩa là các quyền lợi của nó được thiết kế dành cho những người có các nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. *[Insert 2024 plan name]* được thiết kế cho những người có Medicare và cũng đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ từ Medicaid.

*[Plans should revise this section to better reflect the services and costs for members.]* Bởi vì quý vị nhận được hỗ trợ từ Medicaid với khoản chia sẻ chi phí Medicare Phần A và B của quý vị (khoản khấu trừ, đồng thanh toán và đồng bảo hiểm) quý vị có thể không phải trả khoản nào cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe Medicare của mình. Medicaid [*insert as applicable:* cũng có thể cung cấp *OR* cũng cung cấp] các quyền lợi khác cho quý vị bằng cách bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe *[Plans may add references to prescription drugs, long-term care and/or home and community-based services as applicable.]* không thường được Medicare đài thọ. [*Plans that, per the State Medicaid Agency Contract, exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits insert:* Quý vị cũng sẽ nhận được "Hỗ trợ Bổ sung" từ Medicare để thanh toán chi phí thuốc theo toa Medicare của quý vị.] [*Other plans insert:* Quý vị cũng có thể nhận được "Hỗ trợ Bổ sung" từ Medicare để thanh toán cho các chi phí thuốc theo toa Medicare của quý vị.] *[Insert 2024 plan name]* sẽ giúp quản lý tất cả những quyền lợi này cho quý vị, để quý vị nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ thanh toán mà quý vị được hưởng.

*[Insert 2024 plan name]* điều hành bởi một [*insert as applicable:* công ty tư nhân *OR* tổ chức phi lợi nhuận *OR* thực thể chính phủ]. Giống như tất cả các Chương trình Medicare Advantage, Chương trình Nhu cầu Đặc biệt medicare này đã được Medicare phê duyệt. Chương trình cũng có hợp đồng với *[insert state]* Chương trình Medicaid để điều phối quyền lợi Medicaid của quý vị. Chúng tôi rất vui được cung cấp bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Medicare [*insert if applicable:* and Medicaid] của quý vị, đài thọ cho thuốc theo toa của quý vị *[plans may add references to long-term care and/or home and community-based services as applicable].*

**Bảo hiểm theo Chương trình này đủ điều kiện là Bảo Hiểm Sức Khỏe Đủ Điều Kiện** **(QHC)** và đáp ứng yêu cầu trách nhiệm chung của Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Đạo Luật Chăm Sóc Giá Cả Phải Chăng (ACA). Vui lòng truy cập trang web của Sở Thuế Vụ (IRS) tại: [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) để biết thêm thông tin.

#### Phần 1.2 Tài liệu *Chứng từ* *Bảo hiểm* là gì?

Tài liệu *Chứng từ Bảo hiểm* này cho quý vị biết cách nhận dịch vụ chăm sóc Medicare[*insert if applicable:* and Medicaid] medical care *[plans may add references to long-term care and/or home and community-based services as applicable]* và thuốc kê toa của quý vị. Chương trình giải thích về quyền và trách nhiệm của quý vị, những gì được đài thọ, những gì quý vị chi trả với tư cách là thành viên của Chương trình, và cách nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không hài lòng với quyết định hoặc phương thức điều trị.

Thuật ngữ *bảo hiểm* và *các dịch vụ được đài thọ* có nghĩa là các dịch vụ chăm sóc y tế *[plans may add references to long-term care and/or home and community-based services as applicable]* và thuốc theo toa dành cho quý vị với tư cách thành viên trong Chương trình của *[insert 2024 plan name]*.

Điều quan trọng là quý vị tìm hiểu các quy tắc của Chương trình là gì và quý vị có thể sử dụng dịch vụ gì. Chúng tôi khuyến khích quý vị dành một chút thời gian để xem xét qua tài liệu *Chứng từ Bảo hiểm* này.

Nếu quý vị băn khoăn, lo lắng hoặc chỉ có câu hỏi, vui lòng liên hệ với Ban Dịch Vụ Thành viên.

#### 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 *[insert 2024 plan name]* đài thọ cho dịchvụ chăm sóc của quý vị. Các phần khác của hợp đồng này gồm có biểu mẫu ghi danh của quý vị, *Danh Sách Thuốc Được Đài thọ (Danh Mục Thuốc)* và bất kỳ thông báo nào quý vị nhận được từ chúng tôi về những thay đổi đối với bảo hiểm của quý vị hoặc các điều kiện ảnh hưởng đến bảo hiểm của quý vị. Những thông báo này đôi khi được gọi là *điều khoản bổ sung hoặc sửa đổi*.

Hợp đồng có hiệu lực trong các tháng mà quý vị đang ghi danh vào *[insert 2024 plan name]* từ ngày 1 tháng Một, 2024 đến ngày 31 tháng Mười Hai, 2024.

Mỗi năm dương lịch, Medicare cho phép chúng tôi thực hiện những thay đổi đối với các Chương trình chúng tôi cung cấp. Điều này có nghĩa là chúng tôi có thể thay đổi các chi phí và quyền lợi của *[insert 2024 plan name]* sau ngày 31 tháng Mười Hai, 2024. Chúng tôi cũng có thể chọn ngừng cung cấp Chương trình trong khu vực dịch vụ của quý vị, hoặc cung cấp Chương trình đó ở một khu vực dịch vụ khác, sau ngày 31 tháng Mười Hai, 2024.

*[Plans may add language indicating that Medicaid approves their plan each year, if applicable.]* Medicare (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid) phải phê duyệt *[insert 2024 plan name]* mỗi năm. Quý vị có thể tiếp tục bảo hiểm Medicare mỗi năm với tư cách là thành viên của Chương trình của chúng tôi, miễn là chúng tôi chọn tiếp tục cung cấp Chương trình và Medicare tái phê duyệt Chương trình.

### PHẦN 2 Quý vị phải hội đủ những tiêu chuẩn gì thì mới được làm thành viên của Chương trình?

#### Phần 2.1 Các yêu cầu đủ điều kiện tham gia của quý vị

*Quý vị đủ điều kiện tham gia Chương trình của chúng tôi miễn là:*

* Quý vị có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B
* *-- và --* Quý vị sống trong khu vực dịch vụ địa lý của chúng tôi (Phần 2.3 dưới đây mô tả khu vực dịch vụ của chúng tôi). [*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert*: Nếu quý vị đã là thành viên của Chương trình của chúng tôi liên tục từ trước tháng Một, 1999 và quý vị sống bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi trước tháng Một, 1999, quý vị vẫn đủ điều kiện miễn là quý vị chưa chuyển đi từ trước tháng Một, 1999.] Cá nhân bị giam giữ không được coi là sống trong khu vực dịch vụ địa lý ngay cả khi họ ở trong đó.
* -- *và* -- quý vị là công dân Hoa Kỳ hoặc có mặt hợp pháp tại Hoa Kỳ
* *-- và --* quý vị đáp ứng các yêu cầu về điều kiện hội đủ đặc biệt được mô tả dưới đây.

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

*[Plans may add language regarding other eligibility requirements, such as age and/or disabilities, if applicable.]* Chương trình của chúng tôi được thiết kế để đáp ứng các nhu cầu của những người nhận một số quyền lợi Medicaid nhất định. (Medicaid là một Chương trình liên kết của chính phủ liên bang và tiểu bang giúp về chi phí y tế cho một số người nhất định có thu nhập và nguồn lực hạn chế.) Để đủ điều kiện tham gia Chương trình của chúng tôi, quý vị phải [*insert as appropriate:* đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medicaid *OR* đủ điều kiện được hưởng Các Phúc Lợi của Medicare và Medicaid Đầy đủ *OR* đủ điều kiện được hưởng hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid *OR* *[insert language as appropriate under terms of state contract]* ].

Xin lưu ý: Nếu quý vị mất điều kiện hội đủ nhưng dự kiến hợp lý sẽ lấy lại đủ điều kiện trong vòng *[Insert number 1-6. Plans may choose any length of time from one to six months for deeming continued eligibility, as long as they apply the criteria consistently across all members and fully inform members of the policy]*-tháng), thì quý vị vẫn đủ điều kiện tham gia 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 xét duyệt điều kiện liên tục).]

#### Phần 2.2 Medicaid là gì?

*[Plans may revise this section to provide state-specific information.]* Medicaid là một Chương trình liên kết của chính phủ liên bang và tiểu bang giúp về chi phí y tế [*insert if applicable:* và chăm sóc dài hạn] cho một số người nhất định có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Mỗi tiểu bang quyết định những gì được tính là thu nhập và nguồn lực, những người đủ điều kiện, những dịch vụ nào được đài thọ, và chi phí cho dịch vụ. Tiểu bang cũng có thể quyết định cách vận hành Chương trình của họ miễn là họ tuân thủ các hướng dẫn Liên Bang.

*[Plans should include only those Medicare Savings Programs eligible for enrollment in their plan. Plans that limit enrollment to QMB+/SLMB+ may revise the QMB/SLMB bullets below to describe only QMB+/SLMB+.]* Ngoài ra, còn có những Chương trình được cung cấp thông qua Medicaid, giúp những người có Medicare trả chi phí Medicare của họ, chẳng hạn như phí bảo hiểm Medicare của họ. "Chương trình Tiết kiệm Medicare" này giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế tiết kiệm tiền mỗi năm:

* **Người thụ hưởng Medicare Đủ Điều kiện (QMB):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B phí bảo hiểm, và 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 được hưởng các quyền lợi đầy đủ của Medicaid (QMB+).)
* **Người thụ hưởng Medicare Thu nhập Thấp (SLMB) được chỉ định:** Giúp chi trả phí bảo hiểm Phần B. (Một số người có SLMB cũng đủ điều kiện được hưởng các quyền lợi đầy đủ của Medicaid (SLMB+).)
* **Cá nhân đủ điều kiện (QI):** Giúp chi trả phí bảo hiểm Phần B.
* **Cá nhân Khuyết tật & Đang làm việc Đủ điều kiện (QDWI):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Phần A.

#### Phần 2.3 Đây là khu vực dịch vụ Chương trình cho *[insert 2024 plan name]*

*[Insert 2024 plan name]* chỉ dành cho những cá nhân sống trong khu vực dịch vụ Chương trình của chúng tôi. Để tiếp tục là thành viên trong Chương trình của chúng tôi, quý vị *[if a continuation area is offered under 42 CFR 422.54, insert: generally here, and add a sentence describing the continuation area]* phải tiếp tục định cư tại khu vực dịch vụ của Chương trình. Vùng dịch vụ được mô tả [*insert as appropriate:* bên dưới *OR* trong phụ lục của *Chứng từ Bảo hiểm* này].

[*Insert plan service area here or within an appendix. Plans may include references to territories as appropriate. Use the county name only if approved for the entire county. For an approved partial county, use the county name plus the approved zip code(s). Examples of the format for describing the service area are provided below. If needed, plans may insert more than one row to describe their service area.*

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm tất cả 50 tiểu bang  
Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các tiểu bang sau: *[insert states]*   
Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận này tại *[insert state]: [insert counties]*   
Vùng dịch vụ của chúng tôi bao gồm các phần của các quận này chỉ có trong *[insert state]: [insert county],* các mã zip sau *[insert zip codes]*]

[*Optional information: multi-state plans may include the following two paragraphs:* Chúng tôi cung cấp bảo hiểm tại[*insert as applicable:* một số *OR* tất cả] tiểu bang *[insert if applicable:* và lãnh thổ]. Tuy nhiên, có thể có chi phí hoặc khác biệt giữa các Chương trình chúng tôi cung cấp ở mỗi tiểu bang. Nếu quý vị chuyển ra khỏi tiểu bang [*insert if applicable:* or territory] và vào một tiểu bang [*insert if applicable:* or territory] mà vẫn nằm trong khu vực dịch vụ của chúng tôi, quý vị phải gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên để cập nhật thông tin của quý vị*. [National plans delete the rest of this paragraph]*

Nếu quý vị có kế hoạch chuyển đến một tiểu bang mới, quý vị cũng nên liên lạc với văn phòng Medicaid của tiểu bang của quý vị và hỏi rằng động thái này sẽ ảnh hưởng thế nào đến các quyền lợi bảo hiểm Medicaid của quý vị. Số điện thoại của Medicaid có ở Chương 2, Phần 6 của tài liệu này.]

Nếu quý vị có kế hoạch chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ, quý vị không thể tiếp tục là thành viên của Chương trình này. Vui lòng liên lạc với Ban Dịch vụ Thành viên để xem liệu chúng tôi có một Chương trình ở khu vực mới của quý vị hay không. Khi quý vị chuyển Chương trình, quý vị sẽ có Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt sẽ cho phép quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc ghi danh vào một Chương trình sức khỏe hoặc thuốc của Medicare có tại địa điểm mới của quý vị.

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

#### Phần 2.4 Công dân Hoa Kỳ hoặc người hiện diện hợp pháp

Thành viên của Chương trình bảo hiểm y tế Medicare phải là công dân Hoa Kỳ hoặc có mặt hợp pháp tại Hoa Kỳ. Medicare (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid) sẽ thông báo cho *[insert 2024 plan name]* nếu quý vị không đủ điều kiện để tiếp tục làm thành viên dựa trên cơ sở này. *[Insert 2024 plan name]* phải bỏ ghi danh cho quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

### PHẦN 3 Các tài liệu Chương trình quan trọng mà quý vị sẽ nhận được

#### Phần 3.1 Thẻ thành viên Chương trình của quý vị

*[Plans that use separate membership cards for health and drug coverage should edit the following section to reflect the use of multiple cards.]*

*[Plans may revise this language to reflect, when applicable, that the members will use the plan card exclusively or the plan card and a Medicaid card.]*

Khi quý vị là thành viên của Chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng thẻ thành viên bất cứ khi nào quý vị nhận được các dịch vụ được Chương trình này đài thọ và đối với thuốc theo toa quý vị nhận được tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị cũng nên trình cho nhà cung cấp thẻ Medicaid của mình. Dưới đây là thẻ thành viên mẫu để cho quý vị thấy thẻ của quý vị trông như thế nào:

*[Insert picture of front and back of member ID card. Mark it as a sample card (for example, by superimposing the word* ***sample*** *on the image of the card).]*

Không sử dụng thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh của quý vị cho các dịch vụ y tế được đài thọ trong khi quý vị là thành viên của Chương trình này. Nếu quý vị sử dụng thẻ Medicare thay vì thẻ thành viên *[insert 2024 plan name]* của mình, quý vị có thể phải tự trả toàn bộ chi phí dịch vụ y tế. Giữ thẻ Medicare của quý vị ở một nơi an toàn. Quý vị có thể được yêu cầu cho xem liệu quý vị có cần các dịch vụ bệnh viện, dịch vụ chăm sóc cuối đời hay tham gia vào các nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt, còn gọi là thử nghiệm lâm sàng, hay không.

Nếu thẻ thành viên Chương trình của quý vị bị hư hỏng, bị mất hoặc bị đánh cắp, hãy gọi dịch vụ thành viên ngay lập tức và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới.

#### Phần 3.2 Danh mục Nhà cung cấp

*[Plans with combined provider and pharmacy directories may combine and edit the provider and pharmacy directory sections (including section titles) to describe the combined document. Plans should renumber sections as needed and revise references to Provider Directory to use the actual name of the document throughout the model.]*

*Danh mục Nhà Cung cấp* liệt kê các nhà cung cấp trong mạng lưới hiện tại [*insert if applicable*: và nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền]. **Các nhà cung cấp trong mạng lưới** là các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, nhóm y tế, [*insert if applicable*: 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 chấp nhận thanh toán của chúng tôi và bất kỳ chia sẻ chi phí nào của chương trình được coi là thanh toán đầy đủ.

Quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận dịch vụ và chăm sóc y tế của mình. *[Plans with sub-networks (e.g., limiting members to providers within their PCP’s sub-network) insert a brief explanation of the additional limitations of your sub-network structure. Refer to the current Medicare Advantage and Section 1876 Cost Plan Network Adequacy Guidance for guidance on sub-networks.]* Nếu quý vị đi nơi khác mà không được sự cho phép thích hợp, quý vị sẽ phải trả đầy đủ. Trường hợp ngoại lệ duy nhất là trường hợp cấp cứu, khẩn cấp cần dịch vụ khi không có mạng lưới (nghĩa là trong những trường hợp không hợp lý hoặc không thể nhận các dịch vụ trong mạng lưới), các dịch vụ chạy thận ngoài khu vực và các trường hợp mà trong đó *[insert 2024 plan name]* cho phép sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

*[Plans with a Point-of-Service (POS) option must briefly describe the POS option here. The details of the POS should be addressed in Chapter 3.]*

[*Insert as applicable*: Chúng tôi đã đưa vào một bản sao của *Danh mục Nhà Cung Cấp* của chúng tôi trong phong bì với tài liệu này.] [*Insert as applicable*: Chúng tôi [*insert as applicable*: cũng] đưa vào một bản sao Danh mục Nhà cung cấp Thiết bị Y tế Lâu bền của chúng tôi trong phong bì với tài liệu này.] [Danh sách các nhà cung cấp [*insert as applicable*: và người bán] mới nhất [*insert as applicable*: cũng] có sẵn trên trang web của chúng tôi tại *[insert URL]*.]

Nếu quý vị không có bản sao *Danh mục Nhà cung cấp*, quý vị có thể yêu cầu một bản sao (bằng điện tử hoặc bằng bản cứng) từ Dịch vụ Thành viên. Yêu cầu đối với danh mục nhà cung cấp bản cứng sẽ được gửi đến quý vị trong vòng ba ngày làm việc.

#### Phần 3.3 Danh mục Nhà thuốc

*[Plans with combined provider and pharmacy directories may combine and edit the provider and pharmacy directory sections (including section titles) to describe the combined document. Plans should renumber sections as needed and revise references to the Pharmacy Directory to use the actual name of the document throughout the model.]*

Danh mục nhà thuốc liệt kê các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. **Nhà thuốc trong mạng lưới** là tất cả các nhà thuốc đã đồng ý mua thuốc theo toa được đài thọ cho các thành viên trong Chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể sử dụng *Danh Mục Nhà* *Thuốc* để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng. Xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thông tin về thời điểm quý vị có thể sử dụng các nhà thuốc không thuộc mạng lưới của Chương trình.

[*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in its network: Danh mục Nhà* thuốc cũng sẽ cho quý vị biết nhà thuốc nào trong số các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi có chia sẻ chi phí ưu tiên, có thể thấp hơn mức chia sẻ chi phí tiêu chuẩn do các nhà thuốc mạng khác cung cấp cho một số loại thuốc.]

Nếu quý vị không có *Danh mục Nhà thuốc*, quý vị có thể nhận được một bản sao từ Dịch Vụ Thành viên. Quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin này trên trang web của chúng tôi tại *[insert URL].* *[Plans may add detail describing additional information about network pharmacies available from Member Services or on the website.]*

#### Phần 3.4 Danh sách Thuốc được Chương trình Đài thọ *(Danh mục thuốc)*

Chương trình có *Danh sách Thuốc được Đài thọ (Danh mục Thuốc).* Chúng tôi gọi tắt là "Danh sách Thuốc". Nó cho biết loại thuốc theo toa Phần D nào được đài thọ thuộc quyền lợi Phần D trong *[insert 2024 plan name]*. Các loại thuốc trong danh sách này được Chương trình lựa chọn với sự giúp đỡ của một nhóm bác sĩ và dược sĩ. Danh sách này phải đáp ứng các yêu cầu do Medicare đề ra. Medicare đã phê duyệt "Danh mục Thuốc" *[insert 2024 plan name]*.

"Danh sách thuốc" cũng cho quý vị biết nếu có bất kỳ quy tắc nào hạn chế bảo hiểm cho thuốc của quý vị.

Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị một bản sao "Danh sách Thuốc". [*Insert if applicable:* "Danh sách thuốc" chúng tôi cung cấp cho quý vị bao gồm thông tin về các loại thuốc được đài thọ thường được sử dụng nhiều nhất bởi các thành viên của chúng tôi. Tuy nhiên, chúng tôi đài thọ các loại thuốc bổ sung không được bao gồm trong "Danh sách thuốc" được cung cấp. Nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được liệt kê trong "Danh sách thuốc", quý vị nên truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên hệ với Ban Dịch vụ Thành viên để tìm hiểu xem chúng tôi có đài thọ cho thuốc đó hay không.] Để nhận thông tin đầy đủ và mới nhất về loại thuốc nào được đài thọ, quý vị có thể truy cập trang web của Chương trình (*[insert URL]*) hoặc gọi Ban Dịch vụ Thành viên.

### PHẦN 4 Chi phí hàng tháng của quý vị cho *[insert 2024 plan name]*

*[Delete Optional Supplemental Benefit Premium bullet if your plan doesn't offer optional supplemental benefits. Renumber remaining sections as appropriate.]*

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

* Phí Bảo Hiểm Chương Trình (Phần 4.1)
* Phí Bảo Hiểm Hàng tháng Medicare Phần B (Phần 4.2)
* Phí Bảo Hiểm Quyền lợi Bổ Sung Tùy Chọn (Phần 4.3)
* Phần D Tiền Phạt Ghi Danh Trễ (Phần 4.4)
* Số Tiền Điều Chỉnh Hàng tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (Phần 4.5)

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

*[Plans with no monthly premium: Omit this subsection.]*

[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Có các Chương trình để giúp những người có nguồn lực hạn chế chi trả cho thuốc của họ. Các Chương trình này gồm có "Hỗ Trợ Bổ Sung ("Extra Help")" và Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu bang. *OR* Chương Trình "Hỗ trợ Bổ sung" giúp những người có tài nguyên hạn chế thanh toán cho thuốc của họ.] Chương 2, Phần 7 nói thêm về [*insert as applicable:* các Chương trình này *OR* Chương trình này]. Nếu quý vị đủ điều kiện, việc ghi danh vào Chương trình có thể 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** [*insert as applicable:* **có thể không** *OR* **không**] **áp dụng với quý vị**. *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* Chúng tôi [*insert as appropriate:* gửi kèm *OR* đã gửi cho quý vị] một tờ thông tin riêng biệt, được gọi là *Chứng từ Bảo hiểm Điều khoản Bổ sung cho những người Được "Hỗ trợ Bổ sung" Thanh toán cho Thuốc Theo toa* (còn được gọi là Điều khoản Bổ sung Trợ cấp Thu nhập thấp hoặc Điều khoản Bổ sung LIS), cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của quý vị. Nếu quý vị không có tờ thông tin này, vui lòng gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên và yêu cầu Điều khoản Bổ sung LIS.

Phí bảo hiểm Medicare Phần B và Phần D khác nhau đối với những người có thu nhập khác nhau. Nếu quý vị có thắc mắc về các khoản phí bảo hiểm này, hãy xem xét bản sao sổ tay *Medicare & Quý* vị năm *2024*, phần gọi là *Chi* *phí Medicare 2024.* Nếu quý vị cần một bản sao, quý vị có thể tải xuống từ trang web của Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Hoặc quý vị có thể yêu cầu bản in qua điện thoại theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

#### Phần 4.1 Phí bảo hiểm của Chương trình

*[If applicable, plans should revise this section to indicate that the plan premium is paid on behalf of members (e.g., by "Extra Help", Medicaid).]*

Là thành viên của Chương trình của chúng tôi, quý vị phải trả phí bảo hiểm hàng tháng cho Chương trình. [*Select one of the following:* Đối với 2024, lệ phí bảo hiểm hàng tháng cho *[insert 2024 plan name]* là *[insert monthly premium amount]*. *OR* Bảng dưới đây hiển thị số tiền phí bảo hiểm hàng tháng của Chương trình cho mỗi khu vực chúng tôi phục vụ. *OR* Bảng dưới đây cho biết số tiền phí bảo hiểm hàng tháng của Chương trình cho mỗi Chương trình chúng tôi đang cung cấp trong khu vực dịch vụ. *OR* Số tiền phí bảo hiểm hàng tháng cho *[insert 2024 plan name]* được liệt kê trong *[describe attachment]*.] *[Plans may insert a list or table with the state/region and monthly plan premium amount for each area included within the EOC. Plans may also include premium(s) in an attachment to the EOC.]*

[*Plans with no premium should replace the preceding paragraph with:* Quý vị không phải trả phí bảo hiểm hàng tháng riêng cho *[insert 2024 plan name]*.]

#### Phần 4.2 Phí Bảo Hiểm Medicare Phần B Hàng tháng

Nhiều thành viên được yêu cầu phải trả phí bảo hiểm Medicare khác

*[Plans that include a Part B premium reduction benefit may describe the benefit within this section.]*

*[Plans that do not have any members paying Medicare premiums or plans whose members must pay the full part B premium should modify this section.]*

[*Plans with no monthly premium, omit:* Ngoài việc trả phí bảo hiểm hàng tháng của Chương trình,] một số hội viên còn phải trả các khoản phí bảo hiểm khác của Medicare. Như đã giải thích trong Phần 2 ở trên, để đủ điều kiện tham gia Chương trình của chúng tôi, quý vị phải duy trì điều kiện hội đủ tham gia Medicaid cũng như có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B. Đối với hầu hết các thành viên *[insert 2024 plan name]*, Medicaid chi trả phí bảo hiểm Phần A của quý vị (nếu quý vị không đủ điều kiện nhận bảo hiểm tự động) và phí bảo hiểm Phần B của quý vị.

**Nếu Medicaid không trả phí bảo hiểm Medicare cho quý vị, quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare của mình để tiếp tục làm thành viên của Chương trình.** Điều này bao gồm phí bảo hiểm của quý vị cho Phần B. Nó cũng có thể bao gồm phí bảo hiểm cho Phần A, ảnh hưởng đến các thành viên không đủ điều kiện nhận phí bảo hiểm miễn phí Phần A.

#### Phần 4.3 Phí Bảo Hiểm Quyền lợi Bổ Sung Tùy Chọn

Nếu quý vị đã đăng ký nhận quyền lợi bổ sung, còn gọi là *quyền lợi bổ sung tùy chọn,* thì quý vị sẽ phải trả phí bảo hiểm bổ sung mỗi tháng cho các quyền lợi bổ sung này. Xem Chương 4, Phần 2.2 để biết chi tiết. *[If the plan describes optional supplemental benefits within Chapter 4, then the plan must include the premium amounts for those benefits in this section.]*

*[Delete Chapter 1, Section 4.3 if your plan doesn't offer optional supplemental benefits. Renumber remaining sections as appropriate.]*

#### Phần 4.4 Hình Phạt Ghi Danh Muộn Phần D

Vì quý vị đủ điều kiện kép, LEP không áp dụng cho quý vị miễn là quý vị duy trì tình trạng đủ điều kiện hợp lệ nhưng nếu quý vị mất tình trạng đủ điều kiện kép, quý vị có thể phải chịu LEP. Khoản phạt ghi danh trễ Phần D là khoản phí bảo hiểm bổ sung phải được thanh toán cho bảo hiểm Phần D nếu tại bất kỳ thời điểm nào sau khi giai đoạn ghi danh ban đầu của quý vị kết thúc, có khoảng thời gian 63 ngày trở lên liên tiếp mà quý vị không có Phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín khác. Bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín là bảo hiểm đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu của Medicare vì nó dự kiến sẽ thanh toán, trung bình, ít nhất là nhiều như bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare. Chi phí phạt ghi danh trễ phụ thuộc vào khoảng thời gian quý vị không có Phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín khác. Quý vị sẽ phải trả khoản phạt này chừng nào quý vị có bảo hiểm Phần D.

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

* Quý vị nhận được "Hỗ trợ Bổ sung" từ Medicare để thanh toán cho các thuốc theo toa của mình.
* Quý vị có ít hơn 63 ngày liên tiếp mà không có bảo hiểm có uy tín.
* Quý vị đã có bảo hiểm thuốc có uy tín thông qua một nguồn khác chẳng hạn như một chủ lao động cũ, công đoàn, TRICARE, hoặc Bộ Cựu Chiến binh. Công ty bảo hiểm hoặc bộ phận nhân sự của quý vị sẽ thông báo cho quý vị mỗi năm nếu bảo hiểm thuốc của quý vị được coi là bảo hiểm có uy tín. Thông tin này có thể được gửi đến quý vị trong thư hoặc bao gồm trong bản tin từ Chương trình. Giữ thông tin này, bởi vì quý vị có thể cần nếu quý vị tham gia một Chương trình thuốc Medicare sau này.
  + **Lưu ý:** Bất kỳ thông báo nào cũng phải nêu rõ rằng quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín, sẽ trả số tiền mà Chương trình thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare chi trả.
  + **Lưu ý:** Những điều sau đây *không phải là* bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín: thẻ giảm giá thuốc theo toa, phòng khám miễn phí, và các trang web giảm giá thuốc.

**Medicare xác định số tiền phạt.** Đây là cách thức hoạt động:

* Đầu tiên, đếm số tháng đầy đủ mà quý vị đã trì hoãn việc ghi danh vào một Chương trình thuốc Medicare, sau khi quý vị đủ điều kiện để ghi danh. Hoặc tính số lượng đầy đủ tháng quý vị không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín, nếu thời gian giải lao trong bảo hiểm là 63 ngày trở lên. Khoản phạt là 1% cho mỗi tháng mà quý vị không có bảo hiểm có uy tín. Ví dụ: nếu quý vị trải qua 14 tháng mà không có bảo hiểm, khoản phạt sẽ là 14%.
* Khi đó, Medicare xác định số tiền phí bảo hiểm trung bình hàng tháng cho các Chương trình thuốc Medicare trên toàn quốc từ năm trước. [*Insert EITHER:* năm 2024, khoản phí bảo hiểm trung bình này là $*[insert 2024 national base beneficiary premium] OR* năm 2023, số tiền phí bảo hiểm trung bình này là $*[insert 2023 national base beneficiary premium]*. Số tiền này có thể thay đổi cho 2024.]
* Để tính khoản phạt hàng tháng của quý vị, quý vị nhân tỷ lệ phần trăm phạt và phí bảo hiểm trung bình hàng tháng và sau đó làm tròn nó đến 10 xu gần nhất. Trong ví dụ ở đây, sẽ là 14% nhân với $*[insert base beneficiary premium]*, bằng $*[insert amount]*. Làm tròn thành $*[insert amount]*. Số tiền này sẽ được thêm **vào phí bảo hiểm hàng tháng cho người phải trả khoản phạt 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, **khoản phạt có thể thay đổi mỗi năm**, bởi vì phí bảo hiểm trung bình hàng tháng có thể thay đổi mỗi năm.
* Thứ hai, **quý vị sẽ tiếp tục phải trả tiền phạt** hàng tháng chừng nào quý vị còn ghi danh vào một Chương trình có các 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 các quyền lợi của Medicare, khoản phạt ghi danh trễ Phần D sẽ được thiết lập lại khi quý vị 65 tuổi. Sau 65 tuổi, khoản phạt ghi danh trễ Phần D của quý vị sẽ chỉ dựa trên những tháng quý vị không có bảo hiểm sau thời gian ghi danh ban đầu để ghi danh vào Medicare.

**Nếu quý vị không đồng ý với khoản phạt ghi danh trễ Phần D của mình, quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể yêu cầu xem xét.** Thông thường, quý vị phải yêu cầu xem xét lại này **trong vòng 60 ngày**kể từ ngày trên thư đầu tiên mà quý vị nhận được, cho biết rằng quý vị phải nộp phạt ghi danh trễ. Tuy nhiên, nếu quý vị đã nộp phạt trước khi tham gia Chương trình của chúng tôi, quý vị có thể không có cơ hội khác yêu cầu xem xét lại khoản phạt ghi danh trễ đó.

[*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: **Quan trọng:** Đừng dừng trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D trong khi quý vị đang chờ xem xét quyết định về khoản phạt ghi danh trễ của quý vị. Nếu quý vị làm vậy, quý vị có thể bị bỏ ghi danh vì không trả phí bảo hiểm Chương trình của quý vị.]

#### Phần 4.5 Số Tiền Điều Chỉnh Liên Quan Đến Thu Nhập Hàng tháng

Một số thành viên có thể được yêu cầu phải trả phụ phí, được gọi là Số tiền Điều chỉnh Liên quan đến Thu nhập Phần D hàng tháng, còn gọi là IRMAA. Khoản phụ phí được tính bằng cách sử dụng tổng thu nhập sửa đổi đã điều chỉnh của quý vị như được báo cáo trên bản khai thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước. Nếu số tiền này vượt quá 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 bổ sung, quý vị có thể phải trả dựa trên thu nhập của mình, hãy 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 khoản tiền, An sinh Xã hội, chứ không phải Chương trình Medicare của quý vị, sẽ gửi cho quý vị một lá thư thông báo cho quý vị biết số tiền bổ sung đó sẽ là gì. Khoản tiền bổ sung sẽ được giữ lại từ chi phiếu quyền lợi An sinh Xã hội, Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa hoặc Phòng Quản Lý Nhân Sự, bất kể quý vị thường trả phí bảo hiểm Chương trình như thế nào, trừ khi quyền lợi hàng tháng của quý vị không đủ để trang trải khoản tiền phụ phí đã nợ. Nếu chi phiếu quyền lợi của quý vị không đủ để trả khoản bổ sung này, quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ Medicare. **Quý vị phải trả khoản tiền phụ phí cho chính phủ. Không thể thanh toán bằng phí bảo hiểm Chương trình hàng tháng của quý vị. Nếu quý vị không thanh toán khoản tiền phụ phí, quý vị sẽ bị bỏ ghi danh khỏi Chương trình và mất bảo hiểm thuốc theo toa.**

Nếu quý vị khôngđồng ý về việc trả thêm tiền, quý vị có thể đề nghị Sở An Sinh Xã Hội xem xét quyết định này. Để tìm hiểu thêm về cách thực hiện việc này, hãy liên hệ với Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

### PHẦN 5 Thêm thông tin về phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị

#### Phần 5.1 Có một số cách quý vị có thể trả phí bảo hiểm Chương trình của mình

*[Plans indicating in Section 4.1 that there is no monthly MA or enhanced/optional supplemental benefit premium should delete this section.]*

Có *[insert number of payment options]* cách để quý vị trả tiền phí bảo hiểm Chương trình.

*[Plans must indicate how the member can inform the plan of the procedure for changing that choice.]*

Lựa chọn 1: Thanh toán bằng séc

*[Insert plan specifics regarding premium payment intervals (e.g., monthly, quarterly- please note that members must have the option to pay their premiums monthly), how they can pay by check, including an address, whether they can drop off a check in person, and by what day the check must be received (e.g., the 5th of each month). It should be emphasized that checks should be made payable to the Plan and not CMS nor HHS. If the Plan uses coupon books, explain when they will receive it and to call Member Services for a new one if they run out or lose it. In addition, include information if you charge for bounced checks.]*

Lựa chọn 2: *[Insert option type]*

*[If applicable: Insert information about other payment options. Or delete this option.*

*Include information about all relevant choices (e.g., automatically withdrawn from your checking or savings account, charged directly to your credit or debit card, or billed each month directly by the plan). Insert information on the frequency of automatic deductions (e.g., monthly, quarterly – please note that members must have the option to pay their premiums monthly), the approximate day of the month the deduction will be made, and how this can be set up. Please note that furnishing discounts for members who use direct payment electronic payment methods is prohibited.]*

*[Include the option below only if applicable. SSA only deducts plan premiums below $300.]*

Lựa chọn *[insert number]*: Lấy phí bảo hiểm Chương trình từ chi phiếu An sinh Xã hội của quý vị

**Thay đổi cách quý vị trả phí bảo hiểm của quý vị.** Nếu quý vị quyết định thay đổi tùy chọn mà quý vị trả phí bảo hiểm Chương trình, phương thức thanh toán mới của quý vị có thể cần tới ba tháng để có hiệu lực. Trong khi chúng tôi đang xử lý yêu cầu của quý vị về một phương thức thanh toán mới, quý vị chịu trách nhiệm đảm bảo rằng phí bảo hiểm Chương trình] được trả đúng thời hạn. Để thay đổi phương thức thanh toán của quý vị, *[Plans must indicate how the member can inform the plan of the procedure for changing that choice.]*

Phải làm gì nếu quý vị gặp khó khăn trong việc trả [*plans with a premium insert:* your plan premium]

*[Plans that do not disenroll members for non-payment may modify this section as needed.]*

*[Plans that do not have a plan premium or a $0 premium may modify this section as needed.]*

[*Plans with a premium insert:* Phí bảo hiểm Chương trình của quý vị]phải trả cho văn phòng của chúng tôi trước ngày *[insert day of the month]*. Nếu chúng tôi chưa nhận được khoản thanh toán của quý vị trước ngày *[insert day of the month]*, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo rằng tư cách thành viên Chương trình của quý vị sẽ chấm dứt nếu chúng tôi không nhận được [*plans with a premium insert:* phí bảo hiểm của quý vị] trong vòng *[insert length of plan grace period]*.

Nếu quý vị gặp khó khăn để trả tiền *[plans with a premium insert:* phí bảo hiểm*]* đúng hạn, vui lòng liên lạc với Ban Dịch vụ Thành viên để xem liệu chúng tôi có thể hướng dẫn quý vị đến các Chương trình sẽ giúp đỡ [*plans with a premium insert:* chi phí bảo hiểm của quý vị].

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của quý vị vì quý vị đã không trả [*plans with a premium insert* phí bảo hiểm Chương trình], quý vị sẽ có bảo hiểm y tế theo Original Medicare. Miễn là quý vị nhận được "Hỗ trợ Bổ sung" với chi phí thuốc theo toa của mình, quý vị sẽ tiếp tục được bảo hiểm 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.

[*Insert if applicable:* Tại thời điểm chúng tôi kết thúc tư cách thành viên của quý vị, quý vị có thể vẫn nợ chúng tôi tiền [*plans with a premium insert:* phí bảo hiểm] mà quý vị chưa trả: [*Insert one or both statements as applicable for the plan:* Chúng tôi có quyền theo đuổi việc thu hồi số tiền quý vị nợ. *VÀ/OR* Trong tương lai, nếu quý vị muốn ghi danh lại vào Chương trình của chúng tôi (hoặc một Chương trình khác mà chúng tôi cung cấp), quý vị sẽ cần phải trả số tiền quý vị nợ trước khi quý vị có thể ghi danh.]]

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã kết thúc tư cách thành viên sai, 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 cấp cứu ngoài khả năng kiểm soát của quý vị và điều đó khiến quý vị không thể trả [*plans with a premium insert:* phí bảo hiểm Chương trình] trong thời hạn ân hạn của chúng tôi, quý vị có thể khiếu nại. Đối với khiếu nại, chúng tôi sẽ xem xét lại quyết định của mình. Chương 9, Phần 11 của tài liệu này hướng dẫn cách khiếu nại hoặc quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số *[insert phone number]* trong thời gian *[insert hours of operation]*. Người dùng TTY nên gọi *[insert TTY number]*. Quý vị phải có yêu cầu không muộn hơn 60 ngày sau ngày tư cách thành 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 mà chúng tôi tính phí bảo hiểm Chương trình hàng tháng trong năm. Nếu Chương trình thay đổi phí bảo hiểm hàng tháng cho năm tới, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị vào tháng Chín và thay đổi sẽ có hiệu lực vào ngày 1 tháng Một.

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 "Hỗ trợ Bổ sung" hoặc nếu quý vị mất điều kiện tham gia Chương trình "Hỗ trợ Bổ sung" trong năm. Nếu thành viên đủ điều kiện yêu cầu "Hỗ trợ Bổ sung" với chi phí thuốc theo toa của họ, Chương trình "Hỗ trợ Bổ sung" sẽ thanh toán một phần phí bảo hiểm hàng tháng của thành viên. Một thành viên không còn đủ điều kiện trong năm sẽ cần phải bắt đầu trả phí bảo hiểm hàng tháng đầy đủ của họ. Quý vị có thể tìm hiểu thêm về Chương trình "Hỗ trợ Bổ sung" trong Chương 2, Phần 7.

[*Plans with no premium replace the previous paragraph with the following:* Tuy nhiên, trong một số trường hợp, quý vị có thể ngừng trả tiền phạt ghi danh muộn, nếu nợ. Hoặc cần phải bắt đầu nộp phạt ghi danh muộn. Điều này có thể xảy ra nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Chương trình "Hỗ trợ Bổ sung" hoặc nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia Chương trình "Hỗ trợ Bổ sung" trong năm:

* Nếu quý vị hiện đang nộp phạt ghi danh muộn Phần D và đủ điều kiện nhận "Hỗ trợ Bổ sung" trong năm, quý vị sẽ có thể ngừng trả tiền phạt.
* Nếu mất Hỗ trợ Bổ sung, quý vị có thể phải chịu khoản phạt ghi danh trễ nếu quý vị có 63 ngày trở lên liên tiếp mà không có Phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín khác.

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về Chương trình "Hỗ trợ Bổ sung" trong Chương 2, Phần 7.]

### PHẦN 6 Cập nhật hồ sơ thành viên Chương trình

*[In the heading and this section, plans should substitute the name used for this file if different from membership record.]*

Hồ sơ thành viên của quý vị có thông tin từ biểu mẫu ghi danh, bao gồm địa chỉ và số điện thoại của quý vị. Chương trình cho thấy bảo hiểm Chương trình cụ thể của quý vị [*insert as appropriate:* bao gồm Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính/Nhóm Y Tế/IPA].

Các bác sĩ, bệnh viện, dược sĩ và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của Chương trình cần phải có thông tin chính xác về quý vị. **Những nhà cung cấp trong mạng lưới này sử dụng hồ sơ thành viên của quý vị để biết quý vị được đài thọ về các dịch vụ và thuốc nào và các khoản chia sẻ chi phí cho quý vị**. Do đó, việc quý vị giúp chúng tôi cập nhật thông tin của quý vị là rất quan trọng.

Cho chúng tôi biết về những thay đổi này:

* 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 chủ lao động của quý vị, chủ lao động của vợ/chồng hay bạn tình của quý vị, tiền bồi thường của người lao động, hoặc Medicaid)
* Nếu quý vị có bất kỳ yêu cầu trách nhiệm pháp lý nào, chẳng hạn như yêu cầu thanh toán từ một vụ tai nạn ô tô
* Nếu quý vị đã được nhập viện vào một cơ sở điều dưỡng
* Nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện hoặc phòng cấp cứu ngoài khu vực hoặc ngoài mạng lưới
* Nếu bên chịu trách nhiệm được chỉ định của quý vị (như người chăm sóc) thay đổi
* Nếu quý vị đang tham gia một nghiên cứu lâm sàng (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải thông báo cho Chương trình của quý vị về các nghiên cứu lâm sàng quý vị dự định tham gia nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị làm như vậy)

Nếu có bất kỳ thay đổi đối với thông tin nào trong số này, vui lòng cho chúng tôi biết bằng cách gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên. *[Plans that allow members to update this information on-line may describe that option here.]*

Điều quan trọng là cần liên hệ với Sở An Sinh Xã Hội nếu quý vị di chuyển hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư của mình. Quý vị có thể tìm các số điện thoại và thông tin liên hệ của Sở An Sinh Xã Hội trong Chương 2, Phần 5.

*[Plans may instruct members to also call their county’s income maintenance agency directly to report changes to the State program. If this instruction is included, insert contact information for the appropriate agency.]*

### PHẦN 7 Cách bảo hiểm khác hoạt động với Chương trình của chúng tôi

Bảo hiểm khác

*[Plans collecting information by phone revise heading and section as needed to reflect process.]* Medicare yêu cầu chúng tôi thu thập thông tin từ quý vị về bất kỳ bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc nào khác mà quý vị có. Đó là vì chúng tôi phải phối hợp bất kỳ khoản đài thọ nào khác mà quý vị có với các quyền lợi của quý vị theo Chương trình của chúng tôi. Điều này được gọi là**Điều phối Quyền lợi**.

Mỗi năm một lần, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư liệt kê bất kỳ bảo hiểm y tế hoặc thuốc nào khác mà chúng tôi biết. Vui lòng đọc kỹ thông tin này. Nếu thông tin này chính xác, quý vị không cần phải làm gì. Nếu thông tin không đúng, hoặc nếu quý vị có bảo hiểm khác không được liệt kê, vui lòng gọi dịch vụ thành viên. Quý vị có thể cần phải cung cấp số ID thành viên Chương trình của mình cho công ty bảo hiểm khác của mình (sau khi quý vị đã xác nhận danh tính của họ) để hóa đơn của quý vị được thanh toán đúng và đúng thời hạn.

Khi quý vị có bảo hiểm khác (như bảo hiểm sức khỏe nhóm của chủ lao động), có những quy tắc do Medicare đặt ra để quyết định xem Chương trình của chúng tôi hay bảo hiểm khác của quý vị thanh toán trước. Bảo hiểm thanh toán đầu tiên được gọi là bên thanh toán chính và thanh toán đến giới hạn bảo hiểm của họ. Bên thanh toán thứ hai, gọi là bên thanh toán thứ cấp, chỉ trả tiền nếu có chi phí mà bảo hiểm chính không đài thọ. Bên thanh toán thứ cấp có thể không phải trả tất cả các chi phí không được đài thọ. Nếu quý vị có bảo hiểm khác, hãy thông báo cho bác sĩ, bệnh viện và hiệu thuốc của quý vị.

Những quy định này áp dụng cho bảo hiểm y tế của chủ lao động hoặc nhóm công đoàn:

* Nếu quý vị có bảo hiểm cho người về hưu, Medicare sẽ trả trước.
* Nếu bảo hiểm Chương trình sức khỏe nhóm của quý vị dựa trên việc làm hiện tại của thành viên hoặc gia đình, bên nào trả tiền trước tùy thuộc vào tuổi tác của quý vị, số người làm việc cho chủ lao động của quý vị, và việc liệu quý vị có Medicare dựa trên tuổi tác, khuyết tật hay Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD):
  + Nếu quý vị dưới 65 tuổi và bị khuyết tật và quý vị hoặc gia đình vẫn còn làm việc, Chương trình sức khỏe nhóm của quý vị sẽ trả tiền trước nếu chủ lao động có từ 100 người lao động trở lên hoặc ít nhất một chủ lao động trong một Chương trình gồm nhiều chủ lao động có trên 100 nhân viên.
  + Nếu quý vị trên 65 tuổi và vợ/chồng hoặc bạn tình vẫn đang làm việc, Chương trình sức khỏe nhóm của quý vị sẽ trả trước nếu chủ lao động có từ 20 lao động trở lên hoặc ít nhất một chủ lao động trong một Chương trình gồm nhiều chủ lao động có trên 20 lao động.
* Nếu quý vị có Medicare vì ESRD, Chương trình bảo hiểm y tế nhóm của quý vị sẽ trả trước trong 30 tháng đầu tiên sau khi quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare.

Các loại bảo hiểm này thường thanh toán trước cho các dịch vụ liên quan đến từng loại:

* Bảo hiểm bất kể bên có lỗi (bao gồm cả bảo hiểm ô tô)
* Nghĩa vụ chi trả (bao gồm bảo hiểm ô tô)
* Quyền lợi đối với bụi phổi đen
* Bồi thường cho người lao động

Medicaid và TRICARE không bao giờ trả trước cho các dịch vụ được Medicare đài thọ. Họ chỉ trả tiền sau khi Medicare và/hoặc các Chương trình sức khỏe của nhóm chủ lao động đã trả.

## CHƯƠNG 2: *Các số điện thoại và tài nguyên quan trọng*

### PHẦN 1 *[Insert 2024 plan name]* thông tin liên lạc (cách liên lạc với chúng tôi, bao gồm cách liên lạc với Dịch Vụ Thành viên)

Cách liên lạc với Dịch vụ Thành viên trong Chương trình của chúng tôi

Để được hỗ trợ với các yêu cầu thanh toán, các câu hỏi về hóa đơn hoặc thẻ thành viên, vui lòng gọi điện hoặc viết thư cho *[insert 2024 plan name]* Ban Dịch vụ Thành viên. Chúng tôi rất vui được giúp đỡ quý vị.

| Phương pháp | Dịch Vụ Thành Viên – Thông Tin Liên Hệ |
| --- | --- |
| **GỌI** | *[Insert phone number(s)]*  Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  Dịch vụ Thành viên cũng có sẵn dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho người không nói tiếng Anh. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Số điện thoại này đòi hỏi thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.]  Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number]* |
| **GỬI THƯ** | *[Insert address]*  *[****Note:*** *plans may add email addresses here.]* |
| **TRANG WEB** | *[Insert URL]* |

*[****Note:*** *If your plan uses the same contact information for the Part C and Part D issues indicated below, you may combine the appropriate sections and revise the section titles and paragraphs as needed.]*

Cách liên lạc với chúng tôi khi quý vị đề nghị quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

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

*[If the plan has different phone numbers for coverage decisions and appeals or for medical care and prescription drugs, plan should duplicate the chart as necessary, labeling appropriately.]*

| Phương pháp | Quyết Định Và Kháng Nghị Bảo Hiểm đối với Chăm Sóc Y Tế hoặc thuốc theo toa Phần D – Thông Tin Liên Hệ |
| --- | --- |
| **GỌI** | *[Insert phone number]*  Các cuộc gọi đến số này là [*insert if applicable:* not] miễn phí.*[Insert days and hours of operation] [****Note:*** *You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note:*** *If you have a different number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Số điện thoại này đòi hỏi thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.]  Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. *[Insert days and hours of operation] [****Note:*** *If you have a different TTY number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note:*** *If you have a different fax number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **GỬI THƯ** | *[Insert address] [****Note:*** *If you have a different address for accepting expedited organization determinations, also include that address here.]*  *[****Note:*** *plans may add email addresses here.]* |
| **TRANG WEB** | *[Optional: Insert URL]* |

Liên hệ với chúng tôi như thế nào khi quý vị đang khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

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

*[If plan has different numbers for complaints regarding providers and pharmacies, duplicate the chart below to account for the different numbers.]*

| Phương pháp | Khiếu nại về Chăm sóc Y tế – Thông tin Liên hệ |
| --- | --- |
| **GỌI** | *[Insert phone number]*  Các cuộc gọi đến số này được[*insert if applicable:* not] miễn phí. *[Insert days and hours of operation] [****Note:*** *You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note:*** *If you have a different number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Số điện thoại này đòi hỏi thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.]  Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. *[Insert days and hours of operation] [****Note:*** *If you have a different TTY number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note:*** *If you have a different fax number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **GỬI THƯ** | *[Insert address] [****Note:*** *If you have a different address for accepting expedited grievances, also include that address here.]*  *[****Note:*** *plans may add email addresses here.]* |
| **TRANG WEB CỦA MEDICARE** | Quý vị có thể nộp khiếu nại về *[insert 2024 plan name]* trực tiếp đến Medicare. Để gửi khiếu nại trực tuyến đến Medicare, hãy truy cập [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). |

Nơi gửi yêu cầu đề nghị chúng tôi trả [*insert if plan has cost sharing:* our share of] chi phí chăm sóc y tế hoặc thuốc mà quý vị nhận được

*[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid covered benefits. Plans adding this language should include reference to the plan’s Member Services phone number.]*

Nếu quý vị đã nhận được hóa đơn hoặc thanh toán cho dịch vụ (như hóa đơn của nhà cung cấp) mà quý vị nghĩ rằng chúng tôi nên thanh toán, quý vị có thể cần phải yêu cầu chúng tôi bồi hoàn hoặc thanh toán hóa đơn của nhà cung cấp. Chương 7 (*Yêu cầu chúng tôi trả [insert if plan has cost sharing: our share of]: một hóa đơn mà quý vị nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được đài thọ).*

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

*[Plans with different addresses and/or numbers for Part C and Part D claims may modify the table below or add a second table as needed.]*

| Phương pháp | Yêu cầu Thanh toán – Thông tin Liên hệ |
| --- | --- |
| **GỌI** | *[Optional: Insert phone number and days and hours of operation] [****Note:*** *You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  Các cuộc gọi đến số này được [*insert if applicable:* not] miễn phí. |
| **TTY** | *[Optional: Insert number] [****Note:*** *You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Số điện thoại này đòi hỏi thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.]  Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. *[Insert days and hours of operation]* |
| **FAX** | *[Optional: Insert fax number] [****Note:*** *You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by fax.]* |
| **GỬI THƯ** | *[Insert address]*  *[****Note:*** *plans may add email addresses here.]* |
| **TRANG WEB** | *[Insert URL]* |

### PHẦN 2 Medicare (cách nhận trợ giúp và thông tin trực tiếp từ Chương trình Medicare 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 người bị Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (suy thận vĩnh viễn cần chạy thận hoặc ghép thận).

Cơ quan Liên bang quản lý Medicare là Các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (đôi khi gọi là CMS). Cơ quan này có hợp đồng với các tổ chức Medicare Advantage bao gồm chúng tôi.

| Phương pháp | Medicare – Thông Tin Liên Hệ |
| --- | --- |
| **GỌI** | 1-800-MEDICARE, hoặc 1-800-633-4227  Các cuộc gọi đến số này được miễn phí.  24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. |
| **TTY** | 1-877-486-2048  Số điện thoại này đòi hỏi thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.  Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. |
| **TRANG WEB** | [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)  Đây là trang web chính thức của chính phủ dành cho Medicare.Trang web này cung cấp thông tin cập nhật về Medicare và các vấn đề hiện tại của Medicare. Chương trình cũng có thông tin về bệnh viện, cơ sở điều dưỡng, bác sĩ, cơ quan y tế tại nhà và cơ sở lọc thận. Nó bao gồm các tài liệu mà quý vị có thể in trực tiếp từ máy tính của quý vị. Quý vị cũng có thể tìm thông tin liên hệ của Medicare trong tiểu bang của quý vị.  Trang web của Medicare cũng có thông tin chi tiết về tình trạng đủ điều kiện tham gia Medicare và các lựa chọn ghi danh của quý vị với các công cụ sau:   * **Công Cụ Xác định Điều kiện Hội đủ Medicare:** Cung cấp thông tin về tình trạng đủ điều kiện tham gia Medicare. * **Medicare Plan Finder:** Cung cấp thông tin cá nhân về các Chương trình thuốc theo toa của Medicare, các Chương trình sức khỏe Medicare, và các hợp đồng Medigap (Medicare Supplement Insurance) trong khu vực của quý vị. Các công cụ này cung cấp *ước* *tính* chi phí tự trả của quý vị có thể là gì trong các Chương trình Medicare khác nhau. |
| **TRANG WEB (tiếp theo)** | Quý vị cũng có thể sử dụng trang web để thông báo cho Medicare về bất kỳ khiếu nại nào quý vị có về *[insert 2024 plan name]*:   * **Thông báo cho Medicare về khiếu nại của quý vị:** Quý vị có thể nộp khiếu nại về *[insert 2024 plan name]* trực tiếp đến Medicare. Để gửi khiếu nại cho Medicare, hãy truy cập [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Medicare nghiêm túc xem xét các khiếu nại của quý vị 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 niên của quý vị có thể giúp quý vị truy cập trang web này bằng cách sử dụng máy tính của họ. Hoặc quý vị có thể gọi đến Medicare và cho họ biết quý vị đang tìm thông tin gì. Họ sẽ tìm 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 mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.) |

### PHẦN 3 Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (trợ giúp, thông tin và giải đáp miễn phí cho các thắc mắc của quý vị về Medicare)

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs in this section to use the generic name (State Health Insurance Assistance Program or SHIP), and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area.]*

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP) là một Chương trình của chính phủ với các tham vấn viên được đào tạo ở mọi tiểu bang. *[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SHIP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* Đây là danh sách các Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm ở mỗi tiểu bang chúng tôi phục vụ.] *[Multiple-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* Ở *[insert state]*, SHIP là *[insert state-specific SHIP name]*.

*[Insert state-specific SHIP name]* là một Chương trình độc lập (không kết nối với bất kỳ công ty bảo hiểm hay Chương trình sức khỏe nào) của tiểu bang nhận được tiền từ chính phủ Liên bang để tư vấn bảo hiểm y tế địa phương miễn phí cho những người có Medicare.

Các cố vấn của *[Insert state-specific SHIP name]* có thể giúp quý vị hiểu các quyền về Medicare của quý vị, giúp quý vị khiếu nại về việc chăm sóc hoặc điều trị y tế của quý vị, và giúp quý vị giải quyết được vấn đề với các hóa đơn Medicare của quý vị. *[Insert state-specific SHIP name]* các cố vấn cũng có thể giúp quý vị giải quyết các thắc mắc hoặc vấn đề của Medicare và giúp quý vị hiểu các lựa chọn của Chương trình Medicare và trả lời thắc mắc về việc chuyển đổi Chương trình.

| PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN SHIP VÀ CÁC NGUỒN LỰC KHÁC: |
| --- |
| Truy cập <https://www.shiphelp.org> (Nhấp vào SHIP LOCATOR (TÌM SHIP) ở giữa trang)  Nhấp vào **Talk to Someone** (Nói chuyện với Một người) ở giữa trang chủ  Bây giờ quý vị có các tùy chọn sau đây  Lựa chọn số 1: Quý vị có thể trò **chuyện trực tiếp với đại diện 1-800-MEDICARE**  Lựa chọn số 2: Quý vị có thể chọn **TIỂU BANG** của mình từ trình đơn thả xuống và nhấp vào GO. Việc này sẽ đưa quý vị đến một trang có số điện thoại và các tài nguyên cụ thể cho tiểu bang của quý vị. |

| Phương pháp | *[Insert state-specific SHIP name]* [*If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)] – Thông Tin Liên Hệ |
| --- | --- |
| **GỌI** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Số điện thoại này đòi hỏi thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.] |
| **GỬI THƯ** | *[Insert address]*  *[****Note:*** *plans may add email addresses here.]* |
| **TRANG WEB** | *[Insert URL]* |

### PHẦN 4 Tổ chức Cải thiện Chất lượng

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs of this section to use the generic name (Quality Improvement Organization) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all QIOs in your service area.]*

Có một Tổ chức Cải thiện Chất lượng được chỉ định để phục vụ những người thụ hưởng Medicare ở mỗi tiểu bang. *[Multi-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find QIO information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* Đây là danh sách các Tổ chức Cải tiến Chất lượng ở mỗi tiểu bang chúng tôi phục vụ:] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* Đối với *[insert state]*, Tổ chức Cải thiện Chất lượng được gọi là *[insert state-specific QIO name]*.

*[Insert state-specific QIO name]* có một nhóm bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được Medicare chi trả để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. *[Insert state-specific QIO name]* là một tổ chức độc lập. Chương trình không liên kết với Chương trình của chúng tôi.

Quý vị nên liên lạc *[insert state-specific QIO name]* trong bất kỳ tình huống nào sau đây:

* Quý vị có khiếu nại về chất lượng chăm sóc mà quý vị nhận được.
* Quý vị cho rằng bảo hiểm cho thời gian nằm viện của quý vị sẽ kết thúc quá sớm.
* Quý vị cho rằng bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc các dịch vụ Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (CORF) đang kết thúc quá sớm.

| Phương pháp | *[Insert state-specific QIO name]* [*If the QIO’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]*’s Tổ chức Cải thiện Chất lượng)] – Thông tin Liên hệ |
| --- | --- |
| **GỌI** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the QIO uses a direct TTY number:* Số điện thoại này đòi hỏi thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.] |
| **GỬI THƯ** | *[Insert address]*  *[****Note:*** *plans may add email addresses here.]* |
| **TRANG WEB** | *[Insert URL]* |

### PHẦN 5 Sở An Sinh Xã Hội

Sở An Sinh Xã Hội chịu trách nhiệm xác định tình trạng đủ điều kiện và xử lý việc ghi danh cho Medicare. Công dân Hoa Kỳ và thường trú nhân hợp pháp từ 65 tuổi trở lên hoặc bị khuyết tật hoặc Bệnh thận giai đoạn cuối và đáp ứng một số bệnh trạng nhất định, đủ điều kiện được Medicare. Nếu quý vị đã nhận chi phiếu An Sinh Xã Hội, việc ghi danh vào Medicare sẽ tự động. Nếu quý vị hiện không nhận chi phiếu của Sở An Sinh Xã Hội, quý vị phải ghi danh tham gia Medicare. Để nộp đơn cho Medicare, quý vị có thể gọi cho Sở An Sinh Xã Hội hoặc đến văn phòng An Sinh Xã Hội địa phương của quý vị.

Sở An Sinh Xã Hội cũng chịu 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 của Sở An Sinh Xã Hội thông báo cho quý vị rằng quý vị phải trả thêm số tiền và có thắc mắc về số tiền hoặc nếu thu nhập của quý vị suy giảm vì một sự kiện thay đổi trọng đại trong cuộc sống, quý vị có thể gọi cho Sở An sinh Xã hội để yêu cầu xem xét lại.

Nếu quý vị chuyển nhà hoặc đổi địa chỉ hòm thư, điều quan trọng là quý vị liên hệ với An sinh Xã hội để báo cho họ biết.

| Phương pháp | Sở An Sinh Xã Hội – Thông Tin Liên Hệ |
| --- | --- |
| **GỌI** | 1-800-772-1213  Các cuộc gọi đến số này được miễn phí.  Từ 8:00 sáng đến 7:00 tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.  Quý vị có thể sử dụng các dịch vụ điện thoại tự động của Sở An Sinh Xã Hội để nhận thông tin được ghi lại và tiến hành một số hoạt động kinh doanh 24 giờ một ngày. |
| **TTY** | 1-800-325-0778  Số điện thoại này đòi hỏi thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.  Các cuộc gọi đến số này được miễn phí.  Từ 8:00 sáng đến 7:00 tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. |
| **TRANG WEB** | [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov) |

### PHẦN 6 Medicaid

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of agency names, phone numbers, days and hours of operation, and addresses for all states in your service area.]*

*[Plans must adapt this generic discussion of Medicaid to reflect the name or features of the Medicaid program in the plan’s state or states.]*

*[Plans should modify this section to include additional language explaining that members are dually enrolled with both Medicare and Medicaid.]*

*[Organizations that offer both D-SNP products and Medicaid managed care plans may describe the Medicaid managed care program under which the organization contracts with the state Medicaid agency and should also describe their specific benefits.]*

*[If there are two different agencies handling eligibility and coverage/services, the plan should include both and clarify the role of each.]*

*[Plans must, as appropriate, include additional telephone numbers and days and hours of operation, for Medicaid program assistance, e.g., the telephone number for the state Ombudsman.]*

Medicaid là một Chương trình liên kết của chính phủ liên bang và tiểu bang giúp kiểm soát chi phí y tế cho một số người nhất định có thu nhập và nguồn lực hạn chế.

*[Plans should include and describe below only those Medicare Savings Programs eligible for enrollment in their plan.]*

Nếu quý vị có thắc mắc về sự hỗ trợ quý vị nhận được từ Medicaid, hãy liên hệ với *[insert state-specific Medicaid agency]*. *[If applicable, plans may also inform members within this section that they can get information about Medicaid from county resource centers and indicate where members can find contact information for these centers.]*

| Phương pháp | *[Insert state-specific Medicaid agency]* [*If the agency’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]*’s Medicaid program)] – Thông Tin Liên Hệ |
| --- | --- |
| **GỌI** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the state Medicaid program uses a direct TTY number:* Số điện thoại này đòi hỏi thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.] |
| **GỬI THƯ** | *[Insert address]*  *[****Note:*** *plans may add email addresses here.]* |
| **TRANG WEB** | *[Insert URL]* |

*[insert state-specific name for ombudsman program]* Giúp những người ghi danh Medicaid với các vấn đề về dịch vụ hoặc hóa đơn. Họ có thể giúp quý vị nộp đơn khiếu nại hoặc kháng nghị với Chương trình của chúng tôi.

| Phương pháp | *[Insert state-specific ombudsman program name]* – Thông Tin Liên Hệ |
| --- | --- |
| **GỌI** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the ombudsman program uses a direct TTY number:* Số điện thoại này đòi hỏi thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.] |
| **GỬI THƯ** | *[Insert address]*  *[****Note:*** *plans may add email addresses here.]* |
| **TRANG WEB** | *[Insert URL]* |

*[insert state-specific name for LTC ombudsman program]* Giúp mọi người nhận thông tin về cơ sở điều dưỡng và giải quyết các vấn đề giữa cơ sở điều dưỡng và người dân hoặc gia đình của họ.

| Phương pháp | *[Insert state-specific long-term care (LTC) ombudsmen program name]* – Thông tin liên hệ |
| --- | --- |
| **GỌI** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the LTC ombudsman program uses a direct TTY number:* Số điện thoại này đòi hỏi thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.] |
| **GỬI THƯ** | *[Insert address]*  *[****Note:*** *plans may add email addresses here.]* |
| **TRANG WEB** | *[Insert URL]* |

### PHẦN 7 Thông tin về các Chương trình giúp mọi người thanh toán cho thuốc theo toa của họ

Trang web Medicare.gov của quý vị (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-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 "Hỗ trợ Bổ sung" của Medicare

[*Plans that, per the State Medicaid Agency Contract, exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits insert this language:* Vì quý vị đủ điều kiện được hưởng Medicaid, quý vị đủ điều kiện và đang được Medicare "Hỗ trợ Bổ sung" để thanh toán cho các chi phí Chương trình thuốc theo toa của quý vị. Quý vị không cần phải làm gì thêm để nhận được "Hỗ trợ Bổ sung" này.

Nếu quý vị có thắc mắc về "Hỗ trợ Bổ sung", hãy gọi:

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048 (đơn), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần;
* Văn Phòng An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213, từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-800-325-0778; hoặc
* Văn phòng Medicaid Tiểu bang của quý vị (nộp đơn đăng ký) (Xem Phần 6 của Chương này để biết thông tin liên hệ).

Nếu quý vị cho rằng quý vị đang trả số tiền chia sẻ chi phí không đúng khi quý vị mua thuốc theo toa tại một hiệu thuốc, Chương trình của chúng tôi có một quy trình để quý vị yêu cầu hỗ trợ để lấy bằng chứng về mức đồng thanh toán thích hợp của quý vị, hoặc, nếu quý vị đã có bằng chứng, để cung cấp bằng chứng này cho chúng tôi.

* *[****Note****: Insert plan’s process for allowing members to request assistance with obtaining best available evidence, and for providing this evidence.]*
* Khi chúng tôi nhận được bằng chứng cho thấy mức đồng thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ cập nhật hệ thống của chúng tôi để quý vị có thể thanh toán khoản đồng thanh toán chính xác khi quý vị mua thuốc theo toa tiếp theo tại nhà thuốc. Nếu quý vị trả quá khoản đồng thanh toán này, chúng tôi sẽ hoàn tiền cho quý vị. Chúng tôi sẽ chuyển tiếp một tờ chi phiếu đến quý vị có giá trị bằng khoản thanh toán vượt quá của quý vị hoặc chúng tôi sẽ bù vào các khoản đồng thanh toán sau này. Nếu nhà thuốc chưa nhận khoản đồng thanh toán của quý vị và ghi nợ khoản đồng thanh toán đó cho quý vị, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho nhà thuốc. Nếu tiểu bang thanh toán thay mặt cho quý vị, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho tiểu bang. Vui lòng liên lạc với Ban Dịch vụ Thành viên nếu quý vị có thắc mắc.]

[*Other plans should use this language:* Hầu hết các thành viên của chúng tôi đủ điều kiện tham gia và đang nhận được "Hỗ trợ Bổ sung" từ Medicare để thanh toán chi phí Chương trình thuốc theo toa của họ.]

**Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị có bảo hiểm từ Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Cấp Tiểu Bang (SPAP)?**

*[Plans without an SPAP in their state(s) or in states where the SPAP excludes enrollment of dual eligible individuals, should delete this section.]*

Nhiều tiểu bang và quần đảo Virgin thuộc Mỹ đề nghị giúp trả tiền cho các toa thuốc, phí bảo hiểm của Chương trình thuốc và/hoặc các chi phí thuốc khác. Nếu quý vị đã ghi danh tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Cấp Tiểu Bang (SPAP), hoặc bất kỳ Chương trình nào khác cung cấp bảo hiểm cho thuốc Phần D (ngoài "Hỗ trợ Bổ sung"), quý vị vẫn được giảm giá 70% cho các thuốc chính hiệu được đài thọ. Ngoài ra, Chương trình trả 5% chi phí thuốc chính hiệu trong khoảng trống bảo hiểm. Giảm giá 70% và khoản 5% thanh toán của Chương trình đều được áp dụng cho giá thuốc trước bất kỳ SPAP hoặc bảo hiểm khác.

**Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị có bảo hiểm từ Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP)?**  
**Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP) là gì?**

Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)giúp những người mắc bệnh với HIV/AIDS hội đủ điều kiện được tiếp cận với các thuốc điều trị HIV duy tri mạng sống. Các thuốc theo toa Medicare Phần D cũng nằm trong danh mục thuốc theo toa ADAP đủ điều kiện để được hỗ trợ chia sẻ chi phí theo toa thông qua *[insert State-specific ADAP information]*. **Lưu ý:** Để đủ điều kiện tham gia ADAP hoạt động tại tiểu bang của quý vị, cá nhân phải đáp ứng một số tiêu chí nhất định, bao gồm bằng chứng về nơi cư trú của tiểu bang và tình trạng HIV, thu nhập thấp theo định nghĩa của Tiểu bang và tình trạng không được bảo hiểm/bảo hiểm dưới mức. 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 tiêu chí hội đủ điều kiện, thuốc được đài thọ, hoặc cách ghi danh tham gia Chương trình, vui lòng gọi *[insert State-specific ADAP contact information].*

Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang

*[Plans without an SPAP in their state(s) or in states where the SPAP excludes enrollment of dual eligible individuals, should delete this section.]*

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of SPAP names, phone numbers, and addresses for all states in your service area.]*

*[Plans may, as appropriate, include additional telephone numbers for Medicaid program assistance, e.g., the telephone number for the state Ombudsman.]*

Nhiều tiểu bang có Các Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Của Tiểu Bang giúp một số người thanh toán cho thuốc theo toa dựa trên nhu cầu tài chính, tuổi tác, tình trạng y tế hoặc tình trạng khuyết tật. Mỗi tiểu bang có các quy tắc khác nhau để cung cấp bảo hiểm thuốc cho các thành viên của mình.

*[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SPAP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* Đây là danh sách Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm Tiểu bang ở mỗi tiểu bang chúng tôi phục vụ] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* Trong *[insert state name]* Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang là *[insert state-specific SPAP name]*

| Phương pháp | *[Insert state-specific SPAP name]* [*If the SPAP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]*’s Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang)] – Thông Tin Liên Hệ |
| --- | --- |
| **GỌI** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SPAP uses a direct TTY number:* Số điện thoại này đòi hỏi thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.] |
| **GỬI THƯ** | *[Insert address]*  *[****Note:*** *plans may add email addresses here.]* |
| **TRANG WEB** | *[Insert URL]* |

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

Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa là một cơ quan Liên bang độc lập quản lý các Chương trình quyền lợi toàn diện cho nhân viên đường sắt quốc gia và gia đình họ. Nếu quý vị nhận Medicare thông qua Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa, điều quan trọng là quý vị phải báo cho họ biết nếu quý vị chuyển hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư. Nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi của quý vị từ Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa, hãy liên hệ với cơ quan đó.

| Phương pháp | Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa – Thông Tin Liên Hệ |
| --- | --- |
| **GỌI** | 1-877-772-5772  Các cuộc gọi đến số này được miễn phí.  Nếu quý vị nhấn "0", quý vị có thể nói chuyện với một đại diện của RRB từ 9:00 sáng đến 3:30 chiều, Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ năm và Thứ Sáu, và từ 9:00 sáng đến 12:00 chiều vào Thứ Tư.  Nếu quý vị nhấn "1", quý vị có thể truy cập Đường Dây Trợ Giúp RRB tự động và đã ghi lại thông tin 24 giờ một ngày, kể cả cuối tuần và ngày lễ. |
| **TTY** | 1-312-751-4701  Số điện thoại này đòi hỏi thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.  Các cuộc gọi đến số này là *không miễn* phí. |
| **TRANG WEB** | [rrb.gov/](https://rrb.gov/) |

### PHẦN 9 Quý vị có bảo hiểm nhóm hoặc bảo hiểm y tế khác từ một chủ lao động không?

*[Plans may, as appropriate, delete this section since members covered under employer groups are not eligible to participate in dual eligible SNPs in some states.]*

Nếu quý vị (hoặc vợ/chồng hoặc bạn tình) được hưởng quyền lợi từ chủ lao động (hoặc vợ/chồng hoặc bạn tình) hoặc nhóm hưu trí như một phần của Chương trình này, quý vị có thể gọi cho người quản lý quyền lợi của công ty/công đoàn hoặc Dịch vụ Thành viên nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào. Quý vị có thể hỏi về chủ lao động (hoặc vợ/chồng hoặc bạn tình) của quý vị hoặc quyền lợi về sức khỏe, phí bảo hiểm, hoặc thời hạn ghi danh. (Số điện thoại cho Dịch vụ Thành viên được in ở bìa sau của tài liệu này.) Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) với những thắc mắc liên quan đến bảo hiểm Medicare của quý vị theo Chương trình này.

Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa khác thông qua chủ lao động (hoặc vợ/chồng hoặc bạn tình) hoặc nhóm hưu trí, vui lòng liên hệ với **quản lý quyền lợi của nhóm đó.** Người quản lý quyền lợi có thể giúp quý vị xác định bảo hiểm thuốc theo toa hiện tại của quý vị sẽ hoạt động như thế nào với Chương trình của chúng tôi.

### PHẦN 10 Quý vị có thể nhận được sự hỗ trợ từ *[insert name]*

*[Plans may insert this section to provide additional information resources, such as county resource centers or Area Agencies on Aging, editing the section title as necessary.]*

## CHƯƠNG 3: *Sử dụng Chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị* [*insert if applicable:* và các dịch vụ được đài thọ khác]

### PHẦN 1 Những điều cần biết về việc nhận dịch vụ chăm sóc y tế và [*insert if applicable:* các dịch vụ khác] của quý vị với tư cách là thành viên của Chương trình của chúng tôi

Chương này giải thích những gì quý vị cần biết về việc sử dụng Chương trình để nhận được sự chăm sóc y tế của quý vị [*insert if applicable:* và các dịch vụ khác] được đài thọ. Chương trình đưa ra định nghĩa các điều khoản và giải thích các quy tắc quý vị sẽ cần phải tuân theo để nhận các phương pháp điều trị y tế, dịch vụ, thiết bị, thuốc theo toa, và các dịch vụ chăm sóc y tế khác được Chương trình đài thọ.

Để biết chi tiết dịch vụ chăm sóc y tế [*insert as applicable:* *OR* các dịch vụ khác] được Chương trình của chúng tôi đài thọ [*insert if plan has cost sharing:* và số tiền quý vị chi trả khi nhận dịch vụ chăm sóc này], hãy sử dụng biểu quyền lợi trong Chương tiếp theo, Chương 4 (Biểu Quyền lợi Y tế*, những gì được đài thọ [insert if plan has cost sharing:* và những gì quý vị chi trả] ).

#### Phần 1.1 Các nhà cung cấp trong mạng lưới và các dịch vụ được đài thọ là gì?

* **Các nhà cung cấp** là bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được nhà nước cấp phép để cung cấp các dịch vụ và chăm sóc y tế. Thuật ngữ nhà cung cấp cũng bao gồm các bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác.
* **Các nhà cung cấp trong mạng lưới** là các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, nhóm y tế, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có thỏa thuận với chúng tôi chấp nhận thanh toán của chúng tôi [*insert if plan has cost sharing:* và số tiền chia sẻ chi phí của quý vị] được coi là thanh toán đầy đủ. Chúng tôi đã sắp xếp để các nhà cung cấp này cung cấp các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên trong Chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi lập hóa đơn trực tiếp cho chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị. Khi quý vị gặp một nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị [*insert applicable:* không thanh toán gì *hoặc* chỉ trả phần chi phí của quý vị *hoặc* không thanh toán gì *hoặc* chỉ trả phần chi phí của quý vị] cho các dịch vụ được đài thọ.
* **Các dịch vụ được đài thọ** bao gồm tất cả dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thiết bị tiếp liệu và thuốc theo toa được Chương trình của chúng tôi đài thọ. Các dịch vụ được đài thọ của quý vị cho chăm sóc y tế được liệt kê trong đồ quyền lợi trong Chương 4. Các dịch vụ được đài thọ của quý vị đối với thuốc theo toa sẽ được thảo luận trong Chương 5.

#### Phần 1.2 Các quy tắc cơ bản để nhận dịch vụ chăm sóc y tế [*insert if applicable:* và các dịch vụ khác] được Chương trình đài thọ

Là một Chương trình sức khỏe Medicare [*insert if applicable:* và Medicaid], *[insert 2024 plan name]* phải đài thọ tất cả dịch vụ được Original Medicare đài thọ [*insert if applicable:* và có thể cung cấp các dịch vụ khác ngoài các dịch vụ được đài thọ theo Original Medicare *[reference appropriate section.]*]

*[Insert 2024 plan name]* nói chung sẽ bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị miễn là:

* **Dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được đưa vào Biểu Quyền lợi Y tế của chương trình** (biểu này nằm 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, đồ 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 y tế được chấp nhận.
* *[Plans may omit or edit the PCP-related bullets as necessary.]* **Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính trong mạng lưới (một PCP) đang cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc của quý vị.** Là thành viên của Chương trình của chúng tôi, quý vị phải chọn một PCP trong mạng lưới (để biết thêm thông tin về điều này, xem Phần 2.1 trong Chương này).
  + Trong hầu hết các tình huống, [*insert as applicable:* PCP trong mạng lưới của quý vị, *OR* Chương trình của chúng tôi] phải chấp thuận trước khi quý vị có thể sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của Chương trình, chẳng hạn như bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc các cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà. Điều này được gọi là giới thiệu cho quý vị. Để biết thêm thông tin về điều này, hãy xem Phần 2.3 của Chương này.
  + Không cần giấy giới thiệu từ PCP của quý vị để chăm sóc khẩn cấp hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp. Ngoài ra còn có một số loại chăm sóc khác mà quý vị có thể nhận được mà không cần sự chấp thuận trước từ PCP của quý vị (để biết thêm thông tin về điều này, xem Phần 2.2 của Chương này).
* *[Plans with a POS option may edit the network provider bullets as necessary.]* **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc của mình từ một nhà cung** **cấp trong mạng lưới** (để biết thêm thông tin về điều này, xem Phần 2 trong Chương này). Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới (một nhà cung cấp không thuộc mạng lưới Chương trình của chúng tôi) sẽ không được đài thọ. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải trả đầy đủ cho nhà cung cấp dịch vụ được cung cấp. *Đây là ba ngoại lệ:*
  + Chương trình đài thọ cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận được từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để biết thêm thông tin về điều này, và để xem các dịch vụ cấp cứu hoặc cần thiết khẩn cấp có nghĩa là gì, hãy xem Phần 3 trong Chương này.
  + Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare [*insert if applicable:* hoặc Medicaid] yêu cầu Chương trình của chúng tôi đài thọ nhưng không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chúng tôi cung cấp dịch vụ chăm sóc này, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc này từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới với cùng mức chia sẻ chi phí mà quý vị thường chi trả trong mạng lưới. *[Plans may specify if authorization should be obtained from the plan prior to seeking care.]* Trong tình huống này, chúng tôi sẽ đài thọ cho các dịch vụ này [*insert as applicable:* như thể quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới *OR* miễn phí cho quý vị]. Để biết thông tin về việc chấp thuận cho khám với một bác sĩ ngoài mạng lưới, hãy xem Phần 2.4 trong Chương này.
  + Chương trình đài thọ cho các dịch vụ chạy thận mà quý vị nhận được tại một cơ sở chạy thận được Medicare chứng nhận khi quý vị tạm thời ngoài vùng dịch vụ của Chương trình hoặc khi nhà cung cấp của quý vị tạm thời không có sẵn hoặc không tiếp cận được. Khoản chia sẻ chi phí quý vị trả cho Chương trình chạy thận không bao giờ có thể vượt quá mức chia sẻ chi phí trong Original Medicare. Nếu quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của Chương trình và nhận chạy thận từ một nhà cung cấp nằm ngoài mạng lưới của Chương trình, khoản chia sẻ chi phí của quý vị không thể vượt quá mức chia sẻ chi phí quý vị thanh toán trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp thông thường trong mạng lưới để chạy thận tạm thời không làm việc và quý vị chọn nhận dịch vụ bên trong khu vực dịch vụ từ một nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới Chương trình, mức chia sẻ chi phí cho chạy thận có thể cao hơn.

### PHẦN 2 Sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của Chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị [*insert if applicable:* và các dịch vụ khác]

#### Phần 2.1 Quý vị [*insert as applicable:* có thể *OR* phải] chọn một Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) để cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc của quý vị

*[****Note****: Insert this section only if plan uses PCPs. Plans may edit this section to refer to a Physician of Choice (POC) instead of PCP.]*

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

*[Plans should describe the following in the context of their plans:*

* *What is a PCP?*
* *What types of providers may act as a PCP?*
* *Explain the role of a PCP in your plan.*
* *What is the role of the PCP in coordinating covered services?*
* *What is the role of the PCP in making decisions about or obtaining prior authorization (PA), if applicable?]*

Làm thế nào để quý vị chọn PCP của mình?

*[Plans should describe how to choose a PCP.]*

Thay đổi PCP của quý vị

Quý vị có thể thay đổi PCP của mình vì bất cứ lý do nào, vào bất kỳ lúc nào. Ngoài ra, PCP của quý vị có thể rời khỏi mạng lưới các nhà cung cấp trong Chương trình của chúng tôi và quý vị sẽ phải tìm một PCP mới. *[Explain if the member changes their PCP this may result in being limited to specific specialists or hospitals to which that PCP refers (i.e., sub-network, referral circles). Also noted in Section 2.3 below.]*

*[Plans should describe how to change a PCP and indicate when that change will take effect (e.g., on the first day of the month following the date of the request, immediately upon receipt of request, etc.).]*

*[Plans that are obligated under state Medicaid programs to have a transition benefit when a doctor leaves a plan, may discuss that benefit here.]*

#### Phần 2.2 Quý vị có thể nhận được những loại [*insert if applicable:* chăm sóc y tế và các] dịch vụ nào khác mà không cần có sự giới thiệu của PCP của mình?

*[****Note:*** *Insert this section only if plans use PCPs or require referrals to network providers.]*

Quý vị có thể nhận các dịch vụ được liệt kê dưới đây mà không cần được PCP của quý vị phê duyệt trước.

* Chăm sóc sức khỏe định kỳ cho phụ nữ, bao gồm khám vú, chụp quang tuyến vú (chụp X-quang vú), xét nghiệm Pap, và khám chậu [*insert if applicable:* miễn là quý vị nhận được từ một nhà cung cấp trong mạng lưới]
* Tiêm cúm, tiêm vắc-xin COVID-19, [*insert if applicable:* Tiêm vắc-xin viêm gan B và tiêm vắc-xin viêm phổi] [*insert if appropriate:* miễn là quý vị nhận được vắc-xin từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.]
* Các dịch vụ cấp cứu từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
* Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là những dịch vụ không phải là dịch vụ cấp cứu, được cung cấp khi các nhà cung cấp trong mạng lưới tạm thời không làm việc hoặc không thể tiếp cận hoặc khi người ghi danh ra khỏi khu vực dịch vụ. Ví dụ, quý vị cần được chăm sóc ngay lập tức vào cuối tuần. Dịch vụ phải cần ngay lập tức và cần thiết về mặt y tế.
* Dịch vụ chạy thận mà quý vị nhận được tại một cơ sở chạy thận được Medicare chứng nhận khi quý vị tạm thời ngoài vùng dịch vụ của Chương trình. Nếu có thể, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Thành Viên trước khi quý vị rời khỏi khu vực dịch vụ để chúng tôi có thể giúp bố trí cho quý vị chạy thận duy trì trong khi quý vị đi xa.
* *[Plans should add additional bullets as appropriate.]*

#### Phần 2.3 Cách nhận chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp trong mạng lưới khác

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

* Bác sĩ ung thư chăm sóc bệnh nhân ung thư
* Bác sĩ tim chăm sóc cho bệnh nhân có bệnh trạng tim
* Bác sĩ chỉnh hình chăm sóc cho bệnh nhân mắc một số bệnh trạng về xương, khớp hoặc cơ

*[Plans should describe how members access specialists and other network providers, including:*

* *What is the role (if any) of the PCP in referring members to specialists and other providers?*
* *Include an explanation of the process for obtaining PA, including who makes the PA decision (e.g., the plan, PCP, another entity) and who is responsible for obtaining the PA (e.g., PCP, member). Refer members to Chapter 4, Section 2.1 for information about which services require PA.*
* *Explain if the selection of a PCP results in being limited to specific specialists or hospitals to which that PCP refers, i.e. sub-network, referral circles.]*

Điều gì sẽ xảy ra nếu một chuyên gia hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới khác rời khỏi Chương trình của chúng tôi?

Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi đối với các bệnh viện, bác sĩ, và bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp) là một phần trong Chương trình 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 bảo vệ nhất định được tóm tắt dưới đây:

* Mặc dù mạng lưới các nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi trong năm, Medicare yêu cầu chúng tôi phải cung cấp cho quý vị quyền tiếp cận không bị gián đoạn với các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa đủ trình độ.
* Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị rằng nhà cung cấp của quý vị đang sử dụng sẽ rời khỏi Chương trình của chúng tôi để quý vị có thời gian chọn nhà cung cấp mới.
  + Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc chăm 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 gặp nhà cung cấp 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 đến nhà cung cấp, hiện đang nhận dịch vụ chăm sóc từ họ, hoặc đã thăm khám với họ trong vòng ba tháng qua.
* Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới đủ trình độ mới mà quý vị có thể tiếp cận để chăm sóc liên tục.
* Nếu quý vị đang được điều trị y tế hoặc trị liệu với nhà cung cấp hiện tại của mình, quý vị có quyền yêu cầu, và chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để đảm bảo, rằng các phương pháp điều trị hoặc liệu pháp cần thiết về mặt y tế mà quý vị đang nhận sẽ 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 cho các Chương trình thay đổi.
* Chúng tôi sẽ bố trí bất kỳ quyền lợi được bảo hiểm y tế cần thiết nào bên ngoài mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi, nhưng theo mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới, khi không có nhà cung cấp hoặc quyền lợi trong mạng lưới hoặc không đủ để đáp ứng các nhu cầu y tế của quý vị. *[Plans should indicate if prior authorization is needed.]*
* Nếu quý vị biết được bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị đang sử dụng sẽ rời khỏi Chương trình của quý vị, vui lòng liên hệ với chúng tôi để chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị trong việc tìm một nhà cung cấp mới để quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.
* Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã không cung cấp cho quý vị một nhà cung cấp đủ trình độ để thay thế nhà cung cấp trước đó của quý vị hoặc rằng 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, một chất lượng khiếu nại về chăm sóc cho Chương trình hoặc cả hai. Vui lòng xem Chương 9.

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

*[Plans with a POS option: Describe POS option here. Tell members under what circumstances they may obtain services from out-of-network providers and what restrictions apply. General information (no specific dollar amounts) about cost sharing applicable to the use of out-of-network providers in HMO/POS plans should be inserted here, with reference to the benefits chart where detailed information can be found.]*

*[Plans without a POS option: Tell members under what circumstances they may obtain services from out-of-network providers (e.g., when providers of specialized services are not available in network). Describe the process for obtaining authorization, including who is responsible for obtaining authorization.] [****Note:*** *members are entitled to receive services from out-of-network providers for emergency or urgently needed services. In addition, plans must cover dialysis services for ESRD members who have traveled outside the plans service area and are not able to access contracted ESRD providers.]*

### PHẦN 3 Cách nhận dịch vụ khi quý vị gặp trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp để được chăm sóc hoặc trong một thảm họa

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

Trường hợp cấp cứu y tế và quý vị nên làm gì nếu có?

**Trường hợp cấp cứu y tế** là khi quý vị, hoặc bất kỳ người thận trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và thuốc men, tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để tránh mất mạng (và, nếu quý vị là người mang thai, mất thai nhi), mất chi hoặc chức năng chi, hoặc mất mát hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y tế có thể là một căn bệnh, chấn thương, đau nặng, hoặc một tình trạng y tế nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn.

Nếu quý vị gặp phải tình trạng cấp cứu y tế:

* **Nhận trợ giúp càng nhanh càng tốt.** Hãy gọi 911 để được trợ giúp hoặc đến phòng cấp cứu hoặc bệnh viện gần nhất. Gọi dịch vụ cứu thương nếu quý vị cần. Quý vị *không cần* phải được chấp thuận hoặc giới thiệu trước từ PCP của mình. Quý vị không cần sử dụng một bác sĩ trong mạng lưới. Quý vị có thể được đài thọ cho dịch vụ chăm sóc y tế khẩn cấp bất cứ khi nào quý vị cần, bất cứ nơi nào ở Hoa Kỳ hoặc lãnh thổ của Hoa Kỳ, và từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép tiểu bang thích hợp ngay cả khi họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi *[plans may modify this sentence to identify whether this coverage is within the U.S. or world-wide emergency/urgent coverage].*
* [*Plans add if applicable:* **Ngay khi có thể, hãy đảm bảo rằng Chương trình của chúng tôi được thông báo về trường hợp cấp cứu của quý vị.** Chúng tôi cần theo dõi việc chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hoặc một người khác nên gọi cho chúng tôi để cho chúng tôi biết về dịch vụ chăm sóc cấp cứu của quý vị, thường trong vòng 48 giờ. *[Plans* *must provide either the phone number and days and hours of operation or explain where to find the number (e.g., on the back the plan membership card).]*]

Những gì được đài thọ nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế?

*[Plans that cover emergency medical care outside the United States or its territories through Medicaid may describe this coverage based on the State Medicaid program coverage area. Plans must also include language emphasizing that Medicare does not provide coverage for emergency medical care outside the United States and its territories.]*

Chương trình của chúng tôi đài thọ các dịch vụ xe cấp cứu trong những tình huống mà việc đến phòng cấp cứu bằng bất kỳ cách nào khác có thể đe dọa đến sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng đài thọ cho các dịch vụ y tế trong thời gian cấp cứu.

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

*[Plans may modify this paragraph as needed to address the post-stabilization care for your plan.]* Sau khi cấp cứu kết thúc, quý vị có quyền được chăm sóc theo dõi để đảm bảo bệnh trạng của quý vị tiếp tục ổn định. Bác sĩ của quý vị sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị cho đến khi các bác sĩ của quý vị liên hệ với chúng tôi và đặt kế hoạch chăm sóc bổ sung. Việc chăm sóc theo dõi của quý vị sẽ được Chương trình của chúng tôi đài thọ. Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu của quý vị là bên ngoài mạng lưới cung cấp, chúng tôi sẽ cố gắng bố trí cho các nhà cung cấp trong mạng lưới để tiếp nhận chăm sóc cho quý vị ngay khi tình trạng y tế của quý vị và các trường hợp cho phép.

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

Đôi khi rất khó biết liệu quý vị có phải là một trường hợp cấp cứu y tế hay không. Ví dụ, quý vị có thể nhập viện để được chăm sóc cấp cứu – nghĩ rằng sức khỏe của quý vị gặp nguy hiểm nghiêm trọng – và cuối cùng bác sĩ có thể nói rằng đó không phải là cấp cứu y tế. Nếu hóa ra đó không phải là trường hợp cấp cứu, miễn là quý vị có lý do nghĩ rằng sức khỏe của quý vị đang gặp nguy hiểm nghiêm trọng, chúng tôi sẽ bảo hiểm cho sự chăm sóc của quý vị.

Tuy nhiên, sau khi bác sĩ nói rằng đây không phải là trường hợp cấp cứu, chúng tôi sẽ chỉ đài thọ cho dịch vụ chăm sóc thêm nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc bổ sung theo một trong hai cách sau:

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

#### Phần 3.2 Nhận chăm sóc khi quý vị có nhu cầu khẩn cấp về dịch vụ

Những dịch vụ khẩn cấp cần thiết là gì?

Một dịch vụ cần thiết khẩn cấp là một tình huống không phải cấp cứu cần được chăm sóc y tế ngay lập tức nhưng trong trường hợp của quý vị, không thể hoặc không hợp lý để nhận các dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Chương trình phải đài thọ các dịch vụ cần thiết khẩn cấp được cung cấp ngoài mạng lưới. Một số ví dụ về các dịch vụ khẩn cấp cần thiết là i) một cơn đau họng nghiêm trọng xảy ra vào cuối tuần hoặc ii) một sự bùng phát không lường trước được về một bệnh trạng đã biết khi quý vị tạm thời bên ngoài khu vực dịch vụ.

*[Plans must insert instructions for how to access urgently needed services (e.g., using urgent care centers, a provider hotline, etc.)]*

*[Plans that cover urgently needed services outside the United States or its territories through Medicaid may describe this coverage based on the State Medicaid program coverage area. Plans must also include language emphasizing that Medicare does not provide coverage for emergency medical care outside the United States and its territories.]*

[*Insert if applicable:* *Plans without world-wide emergency/urgent coverage as a supplemental benefit:* Chương trình của chúng tôi không đài thọ cho các dịch vụ cấp cứu, các dịch vụ cần thiết khẩn cấp, cũng như bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào khác nhận được bên ngoài Hoa Kỳ và lãnh thổ của Hoa Kỳ.]

[*Insert if applicable:* *Plans with world-wide emergency/urgent coverage as a supplemental benefit:* Chương trình của chúng tôi đài thọ trên toàn thế giới cho các dịch vụ [*Insert as applicable*: chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp OR khẩn cấp] bên ngoài Hoa Kỳ trong những trường hợp sau đây *[insert details.]*]

#### Phần 3.3 Chăm sóc khi có thảm họa

Nếu Bộ Trưởng Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ hoặc Tổng Thống Hoa Kỳ tuyên bố là tình trạng thảm họa hoặc trường hợp nguy cấp tại 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: *[insert website]* để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết trong một thảm họa.

Nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới trong một thảm họa, Chương trình của quý vị sẽ cho phép quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới theo mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới trong một thảm họa, quý vị có thể mua thuốc theo toa của mình tại một hiệu thuốc ngoài mạng lưới. Vui lòng xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thêm thông tin.

### PHẦN 4 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị được lập hóa đơn trực tiếp cho toàn bộ chi phí dịch vụ của quý vị?

#### Phần 4.1 Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán [*plans with cost sharing insert:* phần chi phí của chúng tôi] cho các dịch vụ được đài thọ

*[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid covered benefits.]*

[*Insert as applicable:* Nếu quý vị đã trả cho các dịch vụ được đài thọ của quý vị *OR* Nếu quý vị đã thanh toán nhiều hơn khoản chia sẻ chi phí của Chương trình của quý vị cho các dịch vụ được đài thọ], hoặc nếu quý vị đã nhận được hóa đơn cho [*plans with cost sharing insert:* toàn bộ chi phí của] các dịch vụ y tế được đài thọ, hãy đi tới Chương 7(*Yêu cầu chúng tôi trả [plans with cost sharing insert: phần của chúng tôi trong]* hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được đài thọ) để biết thông tin về việc cần làm gì.

#### Phần 4.2 Quý vị nên làm gì nếu các dịch vụ không được Chương trình của chúng tôi đài thọ?

*[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid covered benefits.]*

*[Plans should revise this section as necessary to instruct members that before paying for the cost of the service, members should check with the plan if the service is covered by Medicaid.]*

*[Insert 2024 plan name]* đài thọ tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế như được liệt kê trong Biểu Quyền Lợi Y Tế trong Chương 4 của tài liệu này. Nếu quý vị nhận được các dịch vụ không được Chương trình hoặc dịch vụ của chúng tôi đài thọ và không được cho phép, quý vị có trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí dịch vụ.

Đối với các dịch vụ được đài thọ có giới hạn quyền lợi, quý vị cũng phải trả toàn bộ chi phí của bất kỳ dịch vụ nào quý vị nhận được sau khi quý vị đã sử dụng hết quyền lợi của mình cho loại dịch vụ được đài thọ đó. *[Plans should explain whether paying for costs once a benefit limit has been reached will count toward an out-of-pocket maximum.]*

### PHẦN 5 Các dịch vụ y tế của quý vị được đài thọ như thế nào khi quý vị đang trong một nghiên cứu lâm sàng?

#### Phần 5.1 Nghiên cứu lâm sàng là gì?

*[If applicable, plans should revise this section as needed to describe Medicaid’s role in providing coverage and payment for clinical research studies.]*

Một nghiên cứu lâm sàng (còn gọi là *thử nghiệm lâm* *sàng*) là một cách mà các bác sĩ và các khoa học kiểm tra các loại chăm sóc y tế mới, mức độ hiệu quả của một loại thuốc mới để diều trị ung thư. Một số nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt. Các nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt thường yêu cầu các tình nguyện viên tham gia nghiên cứu.

Sau khi Medicare chấp thuận nghiên cứu, và quý vị bày tỏ sự quan tâm, một người làm việc trong nghiên cứu sẽ liên hệ 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 hay không. Quý vị có thể tham gia nghiên cứu miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu cho nghiên cứu *và* quý vị có đầy đủ hiểu biết và chấp nhận những gì liên quan nếu quý vị tham gia nghiên cứu.

Nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu được Medicare phê duyệt, Original Medicare sẽ trả phần lớn chi phí cho các dịch vụ được đài thọ mà quý vị nhận được như là một phần của nghiên cứu. Nếu quý vị cho chúng tôi biết rằng quý vị đang ở trong một thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện, thì quý vị chỉ chịu trách nhiệm về việc chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho các dịch vụ trong thử nghiệm đó. Ví dụ, nếu quý vị đã trả số tiền chia sẻ chi phí của Original Medicare, chúng tôi sẽ bồi hoàn phần chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả và khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị sẽ cần phải cung cấp tài liệu để cho chúng tôi biết quý vị đã trả bao nhiêu tiền. Khi quý vị đang trong một nghiên cứu lâm sàng, quý vị có thể vẫn ghi danh tham gia Chương trình của chúng tôi và tiếp tục nhận phần chăm sóc còn lại (dịch vụ chăm sóc không liên quan đến nghiên cứu) thông qua Chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn tham gia vào bất kỳ nghiên cứu lâm sàng nào được Medicare phê duyệt, quý vị *không* cần phải cho chúng tôi biết hoặc yêu cầu chấp thuận từ chúng tôi *[plans that do not use PCPs may delete the rest of thissentence]* hoặc PCP của quý vị. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị như là một phần của nghiên cứu lâm sàng *không* cần phải là một phần trong mạng lưới các nhà cung cấp trong Chương trình của chúng tôi. Xin lưu ý rằng điều này không bao gồm các lợi ích mà Chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm bao gồm, như một thành phần, một thử nghiệm lâm sàng hoặc sổ đăng ký để đánh giá lợi ích. Những quyền lợi này bao gồm một số quyền lợi nhất định được chỉ định theo quyết định bảo hiểm quốc gia (NCD) và thử nghiệm thiết bị điều tra (IDE) và có thể phải được cho phép trước và các quy tắc chương trình khác.

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

*[For plans that offer their own studies insert the paragraph:* Chương trình của chúng tôi cũng bao gồm một số nghiên cứu lâm sàng. Đối với những nghiên cứu này, chúng tôi sẽ phải chấp thuận việc tham gia của quý vị. Việc tham gia nghiên cứu lâm sàng cũng là tự nguyện.]

Nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu mà Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* hoặc Chương trình của chúng tôi] *chưa* phê duyệt, *quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán tất cả các chi phí cho việc tham gia nghiên cứu của quý vị.*

#### Phần 5.2 Khi quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng, ai trả tiền cho cái gì?

*[If applicable, plans should revise this section as needed to describe Medicaid’s role in providing coverage and payment for clinical research studies.]*

Khi quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt, Original Medicare đài thọ các vật dụng và dịch vụ thường xuyên mà quý vị nhận được như là một phần của nghiên cứu, bao gồm:

* Chi phí phòng ở bệnh viện mà Medicare sẽ trả ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu
* Ca phẫu thuật hoặc thủ thuật y tế khác nếu nó là một phần của nghiên cứu
* Điều trị các tác dụng phụ và biến chứng của dịch vụ chăm sóc mới

[*Zero cost-share plans, replace the rest of this paragraph and the example below with:* Sau khi Medicare đã trả phần chi phí cho các dịch vụ này, Chương trình của chúng tôi sẽ trả phần còn lại. Giống như đối với tất cả các dịch vụ được đài thọ, quý vị sẽ không phải trả khoản tiền nào cho các dịch vụ được đài thọ mà quý vị nhận được trong nghiên cứu lâm sàng.] Sau khi Medicare đã trả phần chi phí 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 thành viên của Chương trình của chúng tôi. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải trả cùng số tiền cho các dịch vụ quý vị nhận được như một phần của nghiên cứu như quý vị sẽ nếu quý vị nhận được các dịch vụ này từ Chương trình của chúng tôi. Tuy nhiên, quý vị bắt buộc phải gửi tài liệu thể hiện số tiền chia sẻ chi phí quý vị đã trả. Vui lòng xem Chương 7 để biết thêm thông tin để gửi yêu cầu thanh toán.

*Đây là ví dụ về cách hoạt động của việc chia sẻ chi phí:* Giả sử quý vị có một xét nghiệm tại phòng thí nghiệm có chi phí là $100 như một phần của công trình nghiên cứu. Giả sử phần chia sẻ chi phí của quý vị cho xét nghiệm này là $20 theo Original Medicare, nhưng xét nghiệm này sẽ là $10 theo quyền lợi trong Chương trình của chúng tôi. Trong trường hợp này, Original Medicare sẽ trả $80 cho lần xét nghiệm và quý vị sẽ trả khoản đồng thanh toán $20 theo yêu cầu của Original Medicare. Sau đó quý vị sẽ thông báo cho Chương trình của quý vị rằng quý vị đã nhận được một dịch vụ xét nghiệm lâm sàng đủ điều kiện và nộp tài liệu như hóa đơn của nhà cung cấp cho Chương trình. Sau đó, Chương trình sẽ trực tiếp trả cho quý vị $10. Do đó, khoản thanh toán thực của quý vị là $10, cùng số tiền quý vị sẽ trả theo các quyền lợi của Chương trình của chúng tôi. Xin lưu ý rằng để nhận được thanh toán từ Chương trình của quý vị, quý vị phải gửi tài liệu đến chương trình của quý vị, chẳng hạn như hóa đơn nhà cung cấp.

Khi quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng, **cả Medicare lẫn Chương trình của chúng tôi đều sẽ không thanh toán cho bất kỳ điều nào sau đây**:

* Nói chung, Medicare sẽ *không* thanh toán cho hạng mục hoặc dịch vụ mới mà nghiên cứu đang thử nghiệm trừ khi Medicare sẽ đài thọ cho hạng mục hoặc dịch vụ ngay cả khi quý vị *không* tham gia nghiên cứu.
* Các mặt hàng hoặc dịch vụ chỉ được cung cấp 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 việc chụp CT hàng tháng được thực hiện như là một phần của nghiên cứu nếu tình trạng y tế của quý vị thông thường chỉ cần một lần chụp CT.

Quý vị muốn biết thêm?

Quý vị có thể nhận thêm thông tin về việc tham gia một nghiên cứu lâm sàng bằng cách truy cập trang web của 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](http://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 Quy tắc nhận chăm sóc trong một tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

#### Phần 6.1 Tổ chức sức khỏe tôn giáo phi y tế là gì?

*[If applicable, plans should revise this section as needed to describe Medicaid’s role in providing care in religious non-medical health care institutions.]*

Tổ chức sức khỏe tôn giáo phi y tế là một cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho một tình trạng thường sẽ được điều trị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Nếu việc được chăm sóc tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn đi ngược lại tín ngưỡng tôn giáo của thành viên, thay vào đó chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm chăm sóc tại một tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế. Quyền lợi này chỉ được cung cấp cho các dịch vụ nội trú Phần A (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

*[If applicable, plans should revise this section as needed to describe Medicaid’s role in providing care in religious non-medical health care institutions.]*

Để được chăm sóc từ một tổ chức chăm sóc tôn giáo phi y tế, quý vị phải ký một văn bản pháp lý nói rằng quý vị từ chối vì lý do tôn giáo với việc được điều trị y tế **tự nguyện**.

* Chăm sóc hoặc điều trị y tế **tự nguyện** là bất kỳ sự chăm sóc hoặc điều trị y tế nào là *tự nguyện* và *không bắt buộc* bởi bất kỳ luật pháp liên bang, tiểu bang hoặc địa phương nào.
* Điều trị y tế **không tự nguyện** là dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế mà quý vị nhận được là *không* tự nguyện hoặc *bắt buộc* theo luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.

Để được Chương trình của chúng tôi đài thọ, dịch vụ chăm sóc mà quý vị sử dụng của tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế phải hội đủ các điều kiện sau đây:

* Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc phải được Medicare chứng nhận.
* Bảo hiểm của chương trình của chúng tôi đối với các dịch vụ quý vị nhận được chỉ giới hạn ở các khía cạnh *phi tôn giáo* của dịch vụ chăm sóc.
* Nếu quý vị nhận được dịch vụ từ tổ chức này được cung cấp cho quý vị trong một cơ sở, thì áp dụng [*insert as applicable:* conditions apply *OR* condition applies]:
  + Quý vị phải có bệnh trạng cho phép quý vị nhận các dịch vụ được đài thọ để chăm sóc tại bệnh viện nội trú hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
  + *[Omit this bullet if not applicable.] -- và --* Quý vị phải được chấp thuận trước từ Chương trình của chúng tôi trước khi quý vị được nhập viện vào cơ sở, nếu không thời gian lưu trú của quý vị sẽ không được đài thọ.

*[Plans must explain whether Medicare Inpatient Hospital coverage limits apply (include a reference to the benefits chart in Chapter 4) or whether there is unlimited coverage for this benefit.]*

### PHẦN 7 Quy định về quyền sở hữu thiết bị y tế dài hạn

#### Phần 7.1 Quý vị có sở hữu thiết bị y tế dài hạn sau khi thực hiện một số khoản thanh toán nhất định theo Chương trình của chúng tôi không?

*[Plans that allow transfer of ownership of certain DME items to members must modify this section to explain the conditions under which and when the member can own specified DME. If applicable, plans should also explain Medicaid coverage of DME and the coordination, if any, with plan coverage of DME.]*

Thiết bị y tế dài hạn (DME) bao gồm các vật dụng như thiết bị và đồ dùng oxy, xe lăn, khung tập đi, hệ thống nệm, nạng, đồ dùng bệnh tiểu đường, thiết bị tạo giọng nói, máy bơm truyền IV, máy phun sương và giường bệnh viện do một nhà cung cấp yêu cầu để sử dụng trong nhà. Thành viên luôn sở hữu một số mặt hàng nhất định, chẳng hạn như thiết bị chỉnh hình. Trong phần này, chúng tôi đã thảo luận về các loại DME khác mà quý vị phải thuê.

Trong Original Medicare, người thuê một số loại thiết bị y tế lâu bền (DME) nhất định được sở hữu thiết bị đó sau khi trả các khoản đồng thanh toán cho vật dụng đó trong 13 tháng. Tuy nhiên, với tư cách là thành viên của *[insert 2024 plan name]*, quý vị [*insert if the plan sometimes allows ownership:* thường] sẽ không có quyền sở hữu các mặt hàng DME đã thuê bất kể số tiền đồng thanh toán quý vị trả cho mặt hàng này trong khi là thành viên của Chương trình của chúng tôi, ngay cả khi quý vị đã thực hiện tới 12 khoản thanh toán liên tiếp cho mặt hàng DME theo Original Medicare trước khi quý vị tham gia Chương trình của chúng tôi. [*Insert if your plan sometimes allows transfer of ownership for items other than prosthetics*: Trong một số trường hợp nhất định, chúng tôi sẽ chuyển quyền sở hữu mặt hàng DME cho quý vị. Gọi dịch vụ thành viên để biết thêm thông tin.]

Điều gì sẽ 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 mặt hàng DME trong khi trong Chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán liên tiếp mới sau khi quý vị chuyển sang Original Medicare để sở hữu mặt hàng đó. Các khoản thanh toán được thực hiện trong khi ghi danh vào Chương trình của quý vị không được tính.

Ví dụ 1: Quý vị đã thực hiện 12 lần thanh toán liên tiếp hoặc ít hơn cho mặt hàng này trong Original Medicare và sau đó tham gia Chương trình của chúng tôi. Các khoản thanh toán mà quý vị thực hiện trong Original Medicare không được tính. [*If your plan allows ownership insert:* Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán cho Chương trình của chúng tôi trước khi sở hữu mặt hàng] *[Plans who wish to honor former payments should state so]*.

Ví dụ 2: Quý vị đã thực hiện 12 lần thanh toán liên tiếp hoặc ít hơn cho mặt hàng này 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 nhận được quyền sở hữu trong khi tham gia Chương trình của chúng tôi. Sau đó quý vị quay lại Original Medicare. Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán mới liên tiếp để sở hữu sản phẩm đó sau khi quý vị tham gia lại Original Medicare. Tất cả các khoản thanh toán trước (cho dù Chương trình của chúng tôi hay với Original Medicare) đều không được tính.

#### Phần 7.2 Quy tắc đối với thiết bị oxy, đồ tiếp liệu và bảo dưỡng oxy

**Quý vị được hưởng những quyền lợi gì về oxy?**

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận bảo hiểm thiết bị oxy của Medicare *[insert 2024 plan name]* sẽ đài thọ:

* Cho thuê thiết bị oxy
* Cung cấp oxy và hàm lượng oxy
* Ống và các phụ kiện oxy liên quan để cung cấp oxy và nội dung oxy
* Bảo dưỡng và sửa chữa thiết bị oxy

Nếu quý vị rời *[insert 2024 plan name]* hoặc không còn yêu cầu thiết bị dưỡng khí, thì phải trả lại thiết bị dưỡng khí.

**Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị rời khỏi Chương trình của quý vị và trở lại Original Medicare?**

Original Medicare yêu cầu một nhà cung cấp dưỡng khí để cung cấp dịch vụ cho quý vị trong 5 năm. Trong 36 tháng đầu tiên quý vị thuê thiết bị. 24 tháng còn lại, nhà cung cấp cung cấp thiết bị và bảo trì (quý vị vẫn chịu trách nhiệm về khoản đồng thanh toán oxy). Sau 5 năm, quý vị có thể chọn ở lại với cùng một công ty hoặc đến một công ty khác. Tại thời điểm này, chu kỳ 5 năm bắt đầu lại, ngay cả khi quý vị vẫn ở lại với cùng một công ty, yêu cầu quý vị phải trả tiền đồng thanh toán trong 36 tháng đầu tiên. Nếu quý vị tham gia hoặc rời khỏi Chương trình của chúng tôi, chu kỳ 5 năm sẽ bắt đầu lại.

## CHƯƠNG 4: *Biểu Quyền lợi Y Tế* (*những gì được bảo hiểm* [*plans with cost sharing insert:* và những gì quý vị thanh toán])

*[Plans may add a discussion to this chapter if their organization provides or arranges for benefits under Medicaid.]*

### PHẦN 1 Hiểu rõ [*insert if plan has cost sharing:* chi phí tự trả cho các] dịch vụ được đài thọ

Chương này cung cấp Biểu Quyền lợi Y Tế liệt kê các dịch vụ được đài thọ của quý vị [*insert if plan has cost sharing:* và cho biết quý vị sẽ phải trả bao nhiêu tiền cho mỗi dịch vụ được đài thọ với tư cách là thành viên của *[insert 2024 plan name]*. Ở phần sau của Chương này, quý vị có thể tìm thông tin về các dịch vụ y tế không được đài thọ. [*Insert if applicable:* Nó cũng giải thích về các hạn mức đối với các dịch vụ nhất định.] *[If applicable, you may mention other places where benefits, limitations, and exclusions are described, such as optional additional benefits, or addenda.]*

#### Phần 1.1 Các chi phí tự trả mà quý vị có thể thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ của mình

*[Describe all applicable types of cost sharing your plan uses. You may omit those that are not applicable. Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing should explain the differences in cost-sharing responsibility, clearly indicating that for those members who receive Medicare cost-sharing assistance under Medicaid pay nothing, or the Medicaid copay, if applicable, for their covered services as long as they follow the plan’s rules for getting their care because they receive assistance from Medicaid with Medicare Part A and B cost sharing.]*

[*Plans with no cost sharing, revise section heading to "You pay nothing for your covered services" and replace section with the following:* Vì quý vị nhận được hỗ trợ từ Medicaid, quý vị không phải trả khoản tiền nào cho các dịch vụ được đài thọ của quý vị, miễn là quý vị tuân theo các quy tắc của Chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc cho quý vị. (Xem Chương 3 để biết thêm thông tin về quy tắc của Chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc cho quý vị.)]

Để hiểu thông tin thanh toán mà chúng tôi cung cấp cho quý vị trong Chương này, quý vị cần biết về các loại chi phí tự trả mà quý vị có thể thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ 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 của mình. [*Insert if applicable:* (Phần 1.2 cho quý vị biết thêm về khoản khấu trừ của Chương trình.)] [*Insert if applicable:* (Phần 1.3 cho quý vị biết thêm về các khoản khấu trừ của quý vị cho một số danh mục dịch vụ nhất định.)]
* **Tiền đồng thanh toán** là số tiền cố định quý vị thanh toán mỗi khi quý vị nhận được một số dịch vụ y tế nhất định. Quý vị trả khoản đồng thanh toán vào thời điểm quý vị nhận dịch vụ y tế đó. (Biểu Quyền lợi Y Tế trong Phần 2 sẽ cho quý vị biết thêm về các khoản đồng thanh toán của quý vị.)
* **Đồng bảo hiểm** là phần trăm quý vị thanh toán cho tổng chi phí của một số dịch vụ y tế nhất định. Quý vị trả khoản đồng bảo hiểm vào thời điểm quý vị nhận dịch vụ y tế đó. (Biểu Quyền lợi Y Tế trong Phần 2 sẽ cho quý vị biết thêm về khoản đồng bảo hiểm của quý vị.)

#### Phần 1.2 Chương trình của quý vị được khấu trừ là gì?

*[Plans with no deductibles, delete this section and renumber remaining subsections in Section 1.] [POS plans with a deductible that applies only to POS services: modify this section as needed.]*

Khoản khấu trừ của quý vị là *[insert deductible amount]*. Cho đến khi quý vị đã trả số tiền khấu trừ, quý vị phải trả toàn bộ chi phí của các dịch vụ được đài thọ của mình. Sau khi quý vị đã trả khoản khấu trừ của quý vị, chúng tôi sẽ bắt đầu trả phần chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ y tế được đài thọ và quý vị sẽ trả phần của quý vị [*insert as applicable:* (đồng thanh toán) *OR* (đồng bảo hiểm) *OR* (đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm)] cho phần còn lại của năm dương lịch.

*[Plans may revise the paragraph to describe the services that are subject to the deductible.]* Khoản khấu trừ không áp dụng cho một số dịch vụ. Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ trả phần chi phí cho các dịch vụ này ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình. Khoản khấu trừ không áp dụng cho các dịch vụ sau:

* *[Insert services not subject to the deductible. Plans must include the $0.00 Medicare preventative services, emergency/urgently needed services and insulin furnished through an item of durable medical equipment.]*

[*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert*: Nếu quý vị đủ điều kiện được Medicare hỗ trợ chia sẻ chi phí theo Medicaid, quý vị không có khoản khấu trừ.]

#### Phần 1.3 Chương trình của chúng tôi [*insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2:* cũng] có một khoản [*insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2:* riêng] khấu trừ cho các kiểu dịch vụ nhất định

*[Plans with service category deductibles: insert this section. If applicable, plans may revise the text as needed to describe how the service category deductible(s) work with the overall plan deductible.]*

*[Plans with a service category deductible that is not based on the calendar year – e.g., a per stay deductible – should revise this section as needed.]*

[*Insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2:* Ngoài khoản khấu trừ Chương trình áp dụng cho tất cả các dịch vụ y tế được bảo hiểm của quý vị, chúng tôi cũng có khoản khấu trừ cho một số loại dịch vụ nhất định.]

[*Insert if plan does not have an overall deductible and Section 1.2 was therefore omitted:* Chúng tôi có khoản khấu trừ cho một số loại dịch vụ nhất định.]

[*Insert if plan has one service category deductible:* Chương trình có một số tiền khấu trừ cho một số dịch vụ nhất định. Trước khi quý vị thanh toán số tiền khấu trừ, quý vị phải trả toàn bộ chi phí cho *[insert service category]*. Sau khi quý vị đã thanh toán khoản khấu trừ của mình, chúng tôi sẽ thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ này, và quý vị sẽ trả phần của quý vị. [*Insert if applicable:* Cả tiền khấu trừ Chương trình và khấu trừ cho *[insert service category*] áp dụng cho *[insert service category]*. Điều này có nghĩa là sau khi quý vị đáp ứng khoản khấu trừ Chương trình *hoặc* khấu trừ cho *[insert service category]*, chúng tôi sẽ bắt đầu thanh toán phần chi phí được đài thọ của quý vị *[insert service category]*.]] Biểu quyền lợi trong Phần 2 thể hiện các khoản khấu trừ danh mục dịch vụ.

[*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Nếu quý vị đủ điều kiện được Medicare hỗ trợ chia sẻ chi phí theo Medicaid, quý vị không có khoản khấu trừ.]

#### Phần 1.4 Số tiền nhiều nhất quý vị sẽ trả cho các dịch vụ được đài thọ là gì [*insert if applicable:* Các dịch vụ y tế được đài thọ của Medicare Phần A và Phần B]

*[POS plans may revise this information as needed to describe the plan’s MOOP(s).]*

**Lưu ý:** Bởi vì các thành viên của chúng tôi cũng nhận được sự hỗ trợ từ Medicaid, nên rất ít hội viên nào đạt được mức tự trả tối đa này. [*Plans that only include members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert*: Quý vị không chịu trách nhiệm tự trả chi phí tính vào số tiền tự trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ.] [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Nếu quý vị đủ điều kiện được hưởng hỗ trợ chia sẻ chi phí của Medicare theo Medicaid, quý vị không chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào tính vào số tiền tự trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ.]

Vì quý vị đã ghi danh tham gia Chương trình Medicare Advantage, có giới hạn về số tiền quý vị phải tự trả mỗi năm cho các dịch vụ y tế được đài thọ [*insert as applicable:*theo Medicare Phần A và Phần B *OR* Chương trình của chúng tôi]. Giới hạn này được gọi là số tiền tự trả tối đa (MOOP) cho các dịch vụ y tế. Đối với năm dương lịch 2024, số tiền này là *[insert MOOP].*

Số tiền quý vị trả cho [*insert applicable terms:* khoản khấu trừ, đồng thanh toán và đồng bảo hiểm] cho các dịch vụ được đài thọ tính vào số tiền tự trả tối đa này. *[Plans with no premium may modify the following sentence as needed.]* Số tiền quý vị thanh toán cho phí bảo hiểm Chương trình của quý vị và cho thuốc theo toa Phần D của quý vị không được tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị. [*Insert if applicable, revising reference to asterisk as needed:* Ngoài ra, số tiền quý vị thanh toán cho một số dịch vụ không được tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị. Các dịch vụ này được đánh dấu bằng dấu sao trong Biểu Phúc lợi Y tế.] Nếu quý vị đạt đến số tiền tự trả tối đa là *[insert MOOP]*, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ chi phí tự trả trong phần còn lại trong năm đối với các dịch vụ được đài thọ [*insert if applicable:* Phần A và Phần B]. Tuy nhiên, quý vị phải tiếp tục chi trả [*insert if plan has a premium:* phí bảo hiểm Chương trình của quý vị và] phí bảo hiểm Medicare Phần B (trừ khi phí bảo hiểm Phần B của quý vị được Medicaid hoặc một bên thứ ba khác thanh toán).

#### Phần 1.5 Chương trình của chúng tôi cũng giới hạn chi phí tự trả cho một số loại dịch vụ nhất định

[*Plans with service category OOP maximums: insert this section:*

*[Plans with a service category OOP maximum that is not based on the calendar year – e.g., a per stay maximum – should revise this section as needed.]*

[Ngoài số tiền tự trả tối đa để đối với [*insert if applicable:* Các dịch vụ Phần A và Phần B] (xem Phần 1.4 ở trên), chúng tôi cũng có số tiền tự trả riêng biệt chỉ áp dụng cho một số loại dịch vụ nhất định.

Bởi vì các thành viên của chúng tôi cũng nhận được sự hỗ trợ từ Medicaid, nên rất ít hội viên nào đạt được mức tự trả tối đa này. [*Plans that only include members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Quý vị không chịu trách nhiệm tự trả chi phí tính vào số tiền tự trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ.] [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Nếu quý vị đủ điều kiện được hưởng hỗ trợ chia sẻ chi phí của Medicare theo Medicaid, quý vị không chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào tính vào số tiền tự trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ.]]

[*Insert if plan has one service category MOOP:* Chương trình có số tiền tự trả tối đa là *[insert service category MOOP]* cho *[insert service category]*. Sau khi quý vị trả *[insert service category MOOP]* tiền tự trả cho *[insert service category]*, Chương trình sẽ đài thọ các dịch vụ này miễn phí cho quý vị trong phần còn lại của năm dương lịch. [*Insert if service category is included: MOOP được mô tả trong Phần 1.4:* Cả hai số tiền xuất túi tối đa cho *[insert as applicable:* Các dịch vụ y tế Phần A và Phần B *OR* tất cả dịch vụ y tế được đài thọ] và số tiền tự trả tối đa cho *[insert service category]* được tính là được đài thọ *[insert service category]*. Điều đó có nghĩa là sau khi quý vị đã trả *[insert MOOP]* cho [*insert as applicable:* Phần A và Phần B *OR* tất cả d] dịch vụ y tế hoặc *[insert service category OOP max]* cho your *[insert service category]*, của quý vị Chương trình sẽ đài thọ *[[insert service category*] miễn phí cho quý vị trong phần còn lại của năm.] Biểu quyền lợi trong Phần 2 hiển thị danh mục dịch vụ tối đa tự trả.]

#### Phần 1.6 Chương trình của chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp lập hóa đơn phần chênh lệch cho quý vị

*[Plans that are zero cost-share plans or approved to exclusively enroll full-benefit dual eligible individuals who do not pay Parts A and B service cost sharing delete section.]*

Là thành viên của *[insert 2024 plan name]*, một sự bảo vệ quan trọng cho quý vị là [*plans with a plan-level deductible insert:* sau khi quý vị đáp ứng bất kỳ khoản khấu trừ nào,]] quý vị chỉ phải trả số tiền chia sẻ chi phí của mình khi quý vị nhận được các dịch vụ được Chương trình của chúng tôi đài thọ. Các nhà cung cấp không được thêm các khoản phí riêng biệt bổ sung, được gọi là **lập hóa đơn phần chênh lệch**. Biện pháp bảo vệ này áp dụng ngay cả khi chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp ít hơn phí của nhà cung cấp cho một dịch vụ và ngay cả khi có tranh chấp và chúng tôi không thanh toán khoản phí của nhà cung cấp nhất định.

Đây là cách bảo vệ này hoạt động.

* Nếu khoản chia sẻ chi phí của quý vị là khoản đồng thanh toán (ví dụ: $15.00), thì quý vị chỉ trả số tiền đó cho bất kỳ dịch vụ nào được đài thọ từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
* Nếu khoản chia sẻ chi phí của quý vị là khoản đồng bảo hiểm (theo phần trăm của tổng chi phí), thì quý vị không bao giờ trả nhiều hơn phần trăm đó. Tuy nhiên, chi phí của quý vị phụ thuộc vào loại nhà cung cấp nào quý vị thấy:
  + Nếu quý vị nhận được các dịch vụ được đài thọ từ nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị thanh toán theo phần trăm đồng bảo hiểm nhân với mức bồi hoàn của Chương trình (như được xác định trong hợp đồng giữa nhà cung cấp và Chương trình).
  + Nếu quý vị nhận được các dịch vụ được đài thọ từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới tham gia với Medicare, quý vị sẽ phải trả phần trăm đồng bảo hiểm nhân với tỷ lệ thanh toán Medicare cho các nhà cung cấp tham gia. (Hãy nhớ rằng Chương trình chỉ đài thọ các dịch vụ từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới trong một số tình huống nhất định, chẳng hạn như khi quý vị nhận được giấy giới thiệu hoặc cho trường hợp cấp cứu hoặc các dịch vụ khẩn cấp cần thiết.)
  + Nếu quý vị nhận được các dịch vụ được đài thọ từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới không tham gia với Medicare, quý vị sẽ phải trả phần trăm đồng bảo hiểm nhân với tỷ lệ thanh toán Medicare cho các nhà cung cấp không tham gia. (Hãy nhớ rằng Chương trình chỉ đài thọ các dịch vụ từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới trong một số tình huống nhất định, chẳng hạn như khi quý vị được giới thiệu, hoặc cho trường hợp cấp cứu hoặc ngoài khu vực dịch vụ để nhận các dịch vụ cần khẩn cấp.)
* Nếu quý vị cho rằng một nhà cung cấp đã lập hóa đơn phần chênh lệch cho quý vị, hãy gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên.

[*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp lập hóa đơn cho quý vị cho các dịch vụ được đài thọ. Chúng tôi thanh toán trực tiếp cho các nhà cung cấp của mình và chúng tôi bảo vệ quý vị trước mọi khoản thu. Điều này vẫn đúng ngay cả khi chúng tôi trả tiền cho nhà cung cấp ít hơn các chi phí tính cho một dịch vụ. Nếu quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp, hãy gọi cho Dịch vụ Thành viên.]

### PHẦN 2 Sử dụng *Biểu Quyền lợi Y tế* để tìm hiểu những gì được đài thọ [*plans with cost sharing insert:* and how much you will pay]

#### Phần 2.1 Quyền lợi y tế *[plans may add references to long-term care or home and community-based services or other Medicaid-only]* [*plans with cost sharing insert:* và chi phí] với tư cách là thành viên Chương trình

Biểu Quyền lợi Y Tế ở các trang sau liệt kê các dịch vụ *[insert 2024 plan name]* đài thọ [*plans with cost sharing insert:* và những gì quý vị tự trả cho mỗi dịch vụ]. Bảo hiểm thuốc theo toa Phần D có trong Chương 5. Các dịch vụ được liệt kê trong Biểu Quyền lợi Y Tế chỉ được đài thọ khi đáp ứng các yêu cầu bảo hiểm sau:

* Các dịch vụ được Medicare [*insert if plan is describing Medicaid services in chart:* và Medicaid] đài thọ của quý vị phải được cung cấp theo hướng dẫn bảo hiểm do Medicare [*insert if plan is describing Medicaid services in chart:* và Medicaid thiết lập].
* Các dịch vụ của quý vị (bao gồm chăm sóc y tế, dịch vụ, đồ tiếp liệu, thiết bị và thuốc theo 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 y tế được chấp nhận.
* [*Insert if applicable:* Quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc của mình từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được đài thọ, trừ khi đó là dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp hoặc trừ khi Chương trình hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị đã giới thiệu quý vị. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải trả đầy đủ cho nhà cung cấp dịch vụ đã được cung cấp.]
* [*Insert if applicable:* Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (một PCP) đang cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc của quý vị. *[Plans that do not require referrals may omit the rest of this bullet]* Trong hầu hết các trường hợp, PCP của quý vị phải chấp thuận trước cho quý vị trước khi quý vị có thể thăm khám với các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của Chương trình. Điều này được gọi là giới thiệu cho quý vị.]
* [*Insert if applicable:* Một số dịch vụ được liệt kê trong Biểu Quyền Lợi Y Tế *chỉ* được đài thọ nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới của quý vị được chấp thuận trước (đôi khi được gọi là ủy quyền trước) từ chúng tôi. Các dịch vụ được đài thọ cần phê duyệt trước được đánh dấu trong Biểu Quyền lợi Y Tế [*Insert as appropriate:* bằng dấu sao *OR* bằng chú thích *OR* in đậm *OR* in nghiêng] [*Insert if applicable:* In Ngoài ra, các dịch vụ sau đây không được liệt kê trong Biểu Quyền lợi yêu cầu sự cho phép trước: *[insert list]*.]
* [*Insert as applicable:* Chúng tôi cũng có thể tính phí hành chính cho quý vị đối với các cuộc hẹn nhỡ hoặc không trả khoản chia sẻ chi phí theo yêu cầu tại thời điểm cung cấp dịch vụ. Gọi Dịch vụ Thành viên nếu quý vị có thắc mắc về các khoản phí hành chính này.]

Những điều quan trọng khác cần biết về bảo hiểm của chúng tôi:

* Quý vị được cả Medicare và Medicaid đài thọ. Medicare đài thọ cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa. Medicaid đài thọ phần chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ Medicare, bao gồm *[plans may add references to the specific types of cost sharing Medicaid pays for].* Medicaid cũng đài thọ các dịch vụ mà Medicare không đài thọ, như *[plans may add references to long-term care, over-the-counter drugs, home and community-based services, or other Medicaid-only services]*.
* Giống như tất cả các Chương trình sức khỏe của Medicare, chúng tôi đài thọ mọi thứ mà Original Medicare đài thọ. (Nếu quý vị muốn biết thêm về bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy xem sổ tay *Medicare & Quý vị 2024* của quý vị. Xem tài   
  khoản trực tuyến tại [www.medicare.gov](http://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 vui lòng gọi 1-877-486-2048.)
* Đối với tất cả các dịch vụ phòng ngừa được đài thọ miễn phí theo Original Medicare, chúng tôi cũng chi trả dịch vụ miễn phí cho quý vị. [*Insert as applicable:* Tuy nhiên, nếu quý vị cũng được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện có trong chuyến thăm khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa, một khoản đồng thanh toán sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc đã nhận cho bệnh trạng hiện tại.]
* Nếu Medicare thêm bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ nào mới trong năm 2024, Medicare hoặc Chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ cho các dịch vụ đó.
* *[FIDE SNPs and HIDE SNPs should provide a description of how they integrate Medicare and Medicaid benefits for the member and how the benefits chart reflects those integrated benefits as well as impacts on cost sharing.]*
* Nếu quý vị nằm trong khoảng *[Insert number 1-6. Plans may choose any length of time from one to six months for deeming continued eligibility, as long as they apply the criteria consistently across all members and fully inform members of the policy]* -tháng của Chương trình chúng tôi để được coi là đủ điều kiện tiếp tục, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi Medicare Advantage được Chương trình đài thọ. Tuy nhiên, trong giai đoạn này, *[Plans should specify policy regarding coverage of Medicaid benefits during the period of deemed continued eligibility, as defined in the State Medicaid Agency Contract. For example, "we will not continue to cover Medicaid benefits that are included under the applicable Medicaid State Plan, nor will we pay the Medicare premiums or cost sharing for which the state would otherwise be liable had you not lost your Medicaid eligibility*. *The amount you pay for Medicare covered services may increase during this period."]*

[*Plans that do not have cost sharing should insert:* Quý vị không thanh toán bất kỳ khoản nào cho dịch vụ được liệt kê trong Biểu Quyền lợi, miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu bảo hiểm đã mô tả ở trên.]

[*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* **Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí Medicare theo Medicaid, quý vị không thanh toán bất kỳ khoản nào cho dịch vụ được liệt kê trong Biểu Quyền lợi, miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu bảo hiểm đã mô tả** **ở trên.**]

*[Instructions to plans offering MA Uniformity Flexibility benefits:*

* *Plans must deliver to each clinically-targeted enrollee a written summary of those benefits* or information in alignment with its different strategy for communicating information regarding MA Uniformity Flexibility Benefits *so that such enrollees are notified of the MA Uniformity Flexibility benefits for which they are eligible.*
* *If applicable, plans must update the Medical Benefits Chart and include a supplemental benefits chart including a column that details the exact targeted reduced cost-sharing amount for each specific service, and/or the additional supplemental benefits being offered.*

*[Instructions to plans offering Value-Based Insurance Design (VBID) Model benefits:*

* *Plans may deliver to each clinically-targeted enrollee a written summary of those benefits so that such enrollees are notified of VBID benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for delivering a written notice when offering targeted supplemental or VBID benefits. (See CY 2024 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).*
* *If applicable, plans must update the Medical Benefits Chart and include a supplemental benefits chart including a column that details the exact targeted reduced cost-sharing amount for each specific service, and/or the additional supplemental benefits being offered. Specific services should include details as it relates to VBID benefits.*
* *If applicable, plans with VBID should mention reduced cost sharing for their MA benefits, as well as that members may qualify for a reduction or elimination of their cost sharing for Part D drugs in Plans with VBID may include the reduction or elimination of their cost sharing for Part D drugs in Chapter 6, Section 2.1.]*

[*Insert if offering VBID Model benefits:*

Thông Tin Quyền Lợi Quan Trọng cho Người Ghi Danh mắc một số Bệnh Trạng Mạn Tính

* Nếu quý vị được chẩn đoán bởi một nhà cung cấp dịch vụ trong Chương trình rằng quý vị mắc bất kỳ (các) bệnh mạn tính nào sau đây, được xác định bên dưới và đáp ứng một số tiêu chí y tế nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện được hưởng các quyền lợi bổ sung có mục tiêu và/hoặc giảm chia sẻ chi phí:
  + *[List all applicable chronic conditions here.]*
  + *[As applicable, plans offering benefits under VBID that require participation in a health and wellness program or to see a high-value provider, include those limitations and then direct the enrollee that they will be provided additional information with how to take advantage of these additional supplemental benefits. (See CY 2024 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).]*
* Để biết thêm chi tiết, vui lòng đi tới hàng *Trợ giúp về Một Số Bệnh Trạng Mạn* *Tính* nhất định trong Biểu Quyền lợi Y tế dưới đây.]

[*Insert if offering VBID benefits:*

[*Plans participating in VBID should use this section to describe the plans strategy for advance care planning and any other wellness and health care planning (WHP) services that are being offered:*

Thông Tin Quyền Lợi Quan Trọng cho tất cả Những Người Ghi Danh Tham Gia Các Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe và Lên Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe (WHP)

* Bởi vì *[insert 2024 plan name]* tham gia vào [*insert VBID program name],* quý vị sẽ đủ điều kiện nhận các dịch vụ WHP sau đây, bao gồm cả các dịch vụ lập kế hoạch chăm sóc trước (ACP):
  + *[Include a summary of WHP services that are to reach all VBID plan enrollees in CY 2024. The description must include language that WHP and ACP are voluntary and enrollees are free to decline the offers of WHP and ACP.]*
  + *[Include information on how and when the enrollee would be able to access WHP services.]*

*[Instructions to plans offering WHP benefits:*

* *In addition to offering advance care planning as a covered benefit, plans participating in the VBID Model may deliver to each VBID PBP enrollee a written summary of WHP benefits so that such enrollees are notified of the benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for a written summary when offering WHP benefits (See CY 2024 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).*
* *If applicable, plans should mention that enrollees may qualify for cost-sharing or co-payment reductions].*

[*Insert if offering VBID flexibility benefits and targeted supplemental benefits to Low Income Subsidy (LIS) enrollees, as defined in the Plan Communication User Guide (PCUG):*

Thông Tin Quyền Lợi Quan Trọng cho Những Người Ghi Danh Đủ Điều Kiện nhận "Hỗ trợ Bổ sung":

* Nếu quý vị nhận được "Hỗ trợ Bổ sung" để thanh toán chi phí Chương trình thuốc theo toa Medicare của quý vị, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và khoản đồng bảo hiểm, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung có mục tiêu khác và/hoặc chia sẻ chi phí giảm có mục tiêu khác.
* Vui lòng truy cập Biểu Quyền lợi Y tế trong Chương 4 để biết thêm chi tiết.

*[Instructions to plans offering VBID benefits for LIS Targeted Enrollees:*

* *Plans may deliver to each LIS-targeted enrollee a written summary of those benefits so that such enrollees are notified of VBID benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for delivering such a written notice when offering targeted supplemental or VBID benefits. (See CY 2024 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).*
* *Plans who choose to reduce cost sharing for an item or service, including Part D drugs covered by MA-PD plan through member participation in a plan-sponsored disease management or similar program, must include a summary of the additional supplemental benefits they would receive as well as the activities and/or programs the member must complete in order to receive the benefit.*
* *If applicable, plans must update the Medical Benefits Chart and include a supplemental benefits chart including a column that details the exact targeted reduced cost-sharing amount for each specific service, and/or the additional supplemental benefits being offered. Specific services should include details as it relates to VBID benefits.*
* *If applicable, plans with VBID should mention that members may qualify for a reduction or elimination of their cost sharing for Part D drugs in Chapter 6, Section 2.1*

*[Insert only if offering VBID mandatory supplemental benefit flexibility to Cover New and Existing Technologies or FDA approved Medical Devices:*

Thông tin Quyền lợi Quan trọng cho những người ghi danh trong Chương trình VBID Đủ điều kiện nhận các Công nghệ Mới và Hiện có hoặc Các Thiết Bị Y Tế Được FDA Phê Duyệt.

* Vì *[insert 2024 plan name]* tham gia [*insert VBID program name],* quý vị có đủ điều kiện nhận các công nghệ mới và hiện có hoặc Các Thiết bị Y tế đã được FDA phê duyệt:
  + *[Include a description of the new and existing technologies or FDA approved medical devices specifying eligibility for the benefit and associated cost sharing as an enrollee in the VBID plan in 2024. The description must include language that enrollees are free to decline the benefit and how they would notify the plan of declining this supplemental benefit.]*

*[Instructions to plans offering Coverage of New and Existing Technologies or FDA approved Medical Devices as a mandatory supplemental benefit:*

* *Plans may deliver to each VBID PBP’s enrollee a written summary of coverage of new and existing technologies or FDA approved medical devices so that such enrollees are notified of the benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for delivering a written summary when offering coverage of new and existing technologies or FDA approved medical devices (See CY 2024 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).]*

*[Insert if offering Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill: Important Benefit Information for Enrollees with Chronic Conditions*

* Nếu quý vị được chẩn đoán mắc (các) bệnh mạn tính sau được xác định dưới đây và đáp ứng một số tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung đặc biệt cho người bị bệnh mạn tính.
  + *[List all applicable chronic conditions here.]*
  + *[Include information regarding the process and/or criteria for determining eligibility for special supplemental benefits for the chronically ill]*
* Vui lòng đi tới hàng *Quyền lợi Bổ Sung Đặc Biệt dành cho Bệnh Mạn Tính* trong Biểu Quyền lợi Y Tế dưới đây để biết thêm chi tiết.
* Vui lòng liên hệ với chúng tôi để tìm hiểu chính xác những quyền lợi nào quý vị có thể đủ điều kiện hưởng.

Biểu tượng Apple. Quý vị sẽ thấy quả táo này bên cạnh các dịch vụ phòng ngừa trong biểu quyền lợi.

*[Instructions on completing benefits chart:*

* *When preparing this Benefits Chart, please refer to the instructions for completing the standardized ANOC and EOC.*
* *If using Medicare FFS amounts (e.g. Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2023 Medicare amounts and must insert*: Đây là số tiền chia sẻ chi phí 2023 và có thể thay đổi cho năm 2024. [*Insert plan name*] sẽ cung cấp mức giá cập nhật ngay khi chúng được ban hành. *Member cost-sharing amounts may not be left blank.*
* *For all preventive care and screening test benefit information, plans that cover a richer benefit than Original Medicare do not need to include given description (unless still applicable) and may instead describe plan benefit.*
* *Optional supplemental benefits are not permitted within the chart; optional supplemental benefits may be described within Section 2.2.*
* *Plans with out of network services must clearly indicate for each service, both the in network and out of network cost sharing.*
* *Plans that have tiered cost sharing of medical benefits based on contracted providers should clearly indicate for each service the cost sharing for each tier, in addition to defining what each tier means and how it corresponds to the special characters and/or footnotes indicating such in the provider directory (When one reads the provider directory, it is clear what the special character and/or footnote means when reading this section of the EOC. Refer to the current Medicare Advantage and Section 1876 Cost Plan Provider Directory Model for more information.).*
* *Plans with a POS benefit may include POS information within the benefits chart, or may include a section following the chart listing POS-eligible benefits and cost sharing.*
* *Plans should clearly indicate which benefits are subject to PA (plans may use asterisks or similar method).*
* *Plans may insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the benefits chart or in the exclusions section. FIDE SNPs and HIDE SNPs may add Medicaid-only benefits they cover to the benefits chart. Additional benefits should be placed alphabetically in the chart.*
* *Plans must describe any restrictive policies, limitations, or monetary limits that might impact a member’s access to services within the chart.*
* *Plans may add references to the list of exclusions in Section 3.1 as appropriate.*
* *Plans may modify the language, as applicable, to address Medicaid benefits and cost sharing for its dual eligible population. SNPs must, at a minimum, include the Medicaid benefits provided by the plan and must distinguish Medicaid coverage from Medicare coverage for benefits covered by both programs or by Medicaid only. FIDE SNPs and HIDE SNPs may add Medicaid-only benefits to the benefits chart along with the Medicare benefits (rather than in a separate section). We encourage plans choosing this option to work with the state Medicaid agencies with which they contract to develop integrated benefits language as appropriate. Alternatively, plans may add a new section to the chart to describe Medicaid benefits. Plans that do not include a complete list of Medicaid benefits within the chart should refer readers to the Summary of Medicaid-Covered Benefits in the Summary of Benefits. Plans must include a complete list of Medicaid benefits if the Summary of Benefits does not include the required comprehensive written statement. Plans may also state that members should contact their Medicaid Agency to determine their level of cost sharing.*
* *Plans must make it clear for members (in the sections where member cost sharing is shown) whether their hospital copays or coinsurance apply on the date of admission and / or on the date of discharge.]*
* *[Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing should clearly note the different cost-sharing amounts applicable to each group of members in the Benefits Chart, either within the "What you must pay when you get these services chart" or by adding a column to differentiate the cost-sharing amounts for each group of members.]*

Biểu Quyền lợi Y Tế

| Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị | Những gì quý vị phải trả khi quý vị nhận được các dịch vụ này | |
| --- | --- | --- |
| Biểu tượng Apple. Sàng lọc phình động mạch chủ bụng  Siêu âm sàng lọc một lần cho những người có nguy cơ bị rủi ro. Chương trình chỉ đài thọ cho lần sàng lọc này nếu quý vị có các yếu tố rủi ro nhất định và nếu quý vị nhận được giấy giới thiệu nhận từ bác sĩ, trợ lý bác sĩ, y tá hành nghề, hoặc bác sĩ chuyên khoa y tá lâm sàng.  *[Also list any additional benefits offered.]* | Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các thành viên đủ điều kiện để sàng lọc phòng ngừa này. | |
| Châm Cứu để điều trị đau lưng dưới mạn tính  Dịch vụ được chi trả bao gồm:  Đến 12 lần trong 90 ngày được đài thọ cho những người thụ hưởng Medicare trong các trường hợp sau:  Với quyền lợi này, đau lưng dưới mạn tính được định nghĩa là:   * Kéo dài 12 tuần hoặc lâu hơn; * không đặc hiệu, trong đó nó không có nguyên nhân hệ thống có thể nhận biết (nghĩa là, không liên quan đến di căn, viêm, bệnh truyền nhiễm, v.v.); * không liên quan đến phẫu thuật; va * không liên quan đến mang thai.   Sẽ có thêm tám buổi nữa cho những bệnh nhân cho thấy sự cải thiện. Không quá 20 phương pháp điều trị châm cứu có thể được dùng hàng năm.  Phải ngưng điều trị nếu bệnh nhân không cải thiện hoặc tái phát.  Yêu cầu về Nhà cung cấp:  Các bác sĩ (được định nghĩa trong 1861(r)(1) của Đạo Luật An Sinh Xã Hội (Đạo Luật)) có thể cung cấp dịch vụ châm cứu theo các yêu cầu hiện hành của tiểu bang.  Các trợ lý bác sĩ (PA), y tá hành nghề (NP)/chuyên gia y tá lâm sàng (CNS) (như được xác định trong 1861 (aa) (5) của Đạo Luật), và nhân viên phụ trợ có thể cung cấp châm cứu nếu họ đáp ứng tất cả các yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có:   * trình độ thạc sĩ, tiến sĩ về châm cứu, Y học phương Đông từ một trường học được công nhận bởi Ủy ban Công nhận về châm cứu và Y học phương Đông (ACAOM); và, * một giấy phép hiện hành, đầy đủ, đang hoạt động và không hạn chế để thực hiện châm cứu tại Tiểu bang, Lãnh thổ hoặc Khối Thịnh vượng Chung (ví dụ: Puerto Rico) của Hoa Kỳ, hoặc District of Columbia.   Nhân viên trợ giúp cung cấp dịch vụ châm cứu phải dưới sự giám sát thích hợp của bác sĩ, PA hoặc NP/CNS theo quy định của chúng tôi tại 42 CFR §§ 410.26 và 410.27.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible.]* | |
| Dịch vụ xe cứu thương  Các dịch vụ xe cứu thương được đài thọ, cho dù trong trường hợp cấp cứu hay không khẩn cấp, bao gồm cánh cố định, cánh quạt và dịch vụ xe cứu thương mặt đất, đến cơ sở thích hợp gần nhất có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc chỉ khi chúng được cung cấp cho một thành viên có bệnh trạng mà khiến cho các 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 đài thọ không phải là để phục vụ cho trường hợp cấp cứu, cần phải ghi nhận rằng tình trạng của thành viên khiến cho các phương tiện vận chuyển khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của người đó và việc vận chuyển bằng xe cứu thương là cần thiết về mặt y tế. | *[List copays / coinsurance / deductible. Specify whether cost sharing applies one-way or for round trips.]* | |
| Biểu tượng Apple. Thăm khám sức khỏe hàng năm  Nếu quý vị đã có Phần B hơn 12 tháng, quý vị có thể thăm khám sức khỏe hàng năm để lập hoặc cập nhật kế hoạch phòng ngừa cá nhân dựa trên các yếu tố sức khỏe và rủi ro hiện tại của quý vị. Dịch vụ này được đài thọ 12 tháng một lần.  **Lưu ý:** Lần thăm khám sức khỏe hàng năm đầu tiên của quý vị không thể diễn ra trong vòng 12 tháng kể từ khi quý vị được chào đón đến thăm khám phòng ngừa Medicare. Tuy nhiên, quý vị không cần phải có lần Thăm khám Chào mừng quý vị đến Medicare được đài thọ cho các lần thăm khám sức khỏe hàng năm sau khi quý vị đã có Phần B trong 12 tháng. | Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho thăm khám sức khỏe hàng năm. | |
| Biểu tượng Apple. Đo khối lượng xương  Đối với những người đủ điều kiện (nói chung, điều này có nghĩa là những người có nguy cơ mất khối lượng xương hoặc có nguy cơ bị loãng xương), các dịch vụ sau đây được đài thọ 24 tháng một lần hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế: các thủ thuật xác định khối lượng xương, phát hiện mất xương hoặc xác định chất lượng xương, bao gồm giải thích của bác sĩ về kết quả.  *[Also list any additional benefits offered.]* | Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho đo khối lượng xương được đài thọ bởi Medicare. | |
| Biểu tượng Apple. Sàng lọc ung thư vú (chụp quang tuyến vú)  Dịch vụ được chi trả bao gồm:   * Một cuộc chụp X-quang vú lần đầu trong độ tuổi từ  35 đến 39 * Một cuộc chụp X-quang vú để tầm soát mỗi 12 tháng cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên * Khám vú tại bệnh viện một lần mỗi 24 tháng   *[Also list any additional benefits offered.]* | Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho chụp  X-quang tuyến vú sàng lọc được đài thọ. | |
| Dịch vụ phục hồi tim  Các Chương trình toàn diện về dịch vụ phục hồi tim bao gồm tập thể dục, giáo dục và tư vấn được đài thọ cho các thành viên đáp ứng một số tình trạng nhất định với [*insert as appropriate:* giấy giới thiệu *OR* lệnh của bác sĩ]. Chương trình cũng đài thọ thọ các Chương trình phục hồi chức năng tim chuyên sâu, thường chặt chẽ hơn hoặc toàn diện cao hơn các Chương trình phục hồi tim.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Biểu tượng Apple. Thăm khám giảm nguy cơ bệnh tim mạch (liệu pháp điều trị bệnh tim mạch)  Chúng tôi đài thọ một lần thăm khám mỗi năm với bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để giúp giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch của quý vị. Trong lần thăm khám này, bác sĩ của quý vị có thể thảo luận về việc sử dụng aspirin (nếu thích hợp), kiểm tra huyết áp và cung cấp cho quý vị lời khuyên để đảm bảo quý vị ăn uống lành mạnh.  *[Also list any additional benefits offered.]* | Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho quyền lợi phòng ngừa bệnh tim mạch bằng trị liệu hành vi chuyên sâu. | |
| Biểu tượng Apple. Xét nghiệm bệnh tim mạch  Xét nghiệm máu để phát hiện bệnh tim mạch (hoặc bất thường liên quan đến nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao) một lần mỗi 5 năm (60 tháng).  *[Also list any additional benefits offered.]* | Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho kiểm tra bệnh tim mạch được đài thọ 5 năm một lần. | |
| Biểu tượng Apple. Sàng lọc ung thư cổ tử cung và âm đạo  Dịch vụ được chi trả bao gồm:   * Đối với mọi phụ nữ: Xét nghiệm pap và khám chậu được đài thọ một lần mỗi 24 tháng * Nếu quý vị có nguy cơ ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo cao hoặc quý vị ở độ tuổi sinh con và đã có xét nghiệm Pap bất thường trong vòng 3 năm qua: một lần xét nghiệm Pap mỗi 12 tháng   *[Also list any additional benefits offered.]* | Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho xét nghiệm phết tế bào cổ tử cung và kiểm tra khung xương chậu phòng ngừa được Medicare đài thọ. | |
| Các dịch vụ chữa bệnh bằng phương pháp nắn xương khớp  Dịch vụ được chi trả bao gồm:   * [*If the plan only covers manual manipulation, insert:* We cover only] Thao tác nắn cột sống để khắc phục vẹo cột sống một phần   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Biểu tượng Apple. Sàng lọc ung thư đại trực tràng  Các xét nghiệm sàng lọc sau đây được đài thọ:   * Nội soi đại tràng không có giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được đài thọ một lần mỗi 120 tháng (10 năm) cho bệnh nhân không có nguy cơ cao, hoặc 48 tháng sau khi soi đại tràng linh hoạt trước đây cho những bệnh nhân không có nguy cơ cao bị ung thư đại trực tràng, và một lần mỗi 24 tháng cho những bệnh nhân có nguy cơ cao sau khi nội soi đại tràng sàng lọc trước đó hoặc thuốc barium enema. * Nội soi sigma linh hoạt cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. Một lần mỗi 120 tháng cho bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân được nội soi đại tràng sàng lọc. Một lần mỗi 48 tháng đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao từ nội soi sigma linh hoạt cuối cùng hoặc thuốc barium enema. * Xét nghiệm máu ẩn trong phân cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. Một lần mỗi 12 tháng. * DNA phân đa mục tiêu cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí rủi ro cao. Một lần mỗi 3 năm. * Xét nghiệm Dấu ấn Sinh học dựa trên máu cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí rủi ro cao. Một lần mỗi 3 năm. * Barium Enema là thay thế cho nội soi đại tràng cho bệnh nhân có nguy cơ cao và 24 tháng kể từ lần sàng lọc cuối cùng là thuốc barium enema hoặc lần nội soi đại tràng sàng lọc cuối cùng. * Barium Enema là thuốc thay thế cho nội soi sigma linh hoạt cho bệnh nhân không có nguy cơ cao và từ 45 tuổi trở lên. Sau ít nhất 48 tháng sau lần sàng lọc cuối cùng là thuốc barium enema hoặc sàng lọc nội soi sigma linh hoạt.   Cho đến ngày 1 tháng Một, 2023, xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi đại tràng sàng lọc tiếp theo sau khi sàng lọc ung thư đại trực tràng dựa trên phân không xâm lấn của Medicare đã trả lại kết quả khả quan.  *[Also list any additional benefits offered.]* | Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho khám ung thư đại trực tràng được Medicare đài thọ, ngoại trừ thuốc barium enema, mà khoản đồng bảo hiểm được áp dụng. Nếu bác sĩ của quý vị tìm và loại bỏ polyp hoặc mô khác trong nội soi đại tràng hoặc soi đại tràng linh hoạt, khám sàng lọc sẽ trở thành khám chẩn đoán và quý vị thanh toán 15% số tiền đã được Medicare phê duyệt cho dịch vụ bác sĩ của quý vị. Trong bối cảnh bệnh viện ngoại trú, quý vị cũng thanh toán cho bệnh viện 15% đồng bảo dưỡng. Khoản khấu trừ Phần B không được áp dụng. *[If applicable, list copayment and/or coinsurance charged for barium enema.]* | |
| *[Include row if applicable. If plan offers dental benefits as optional supplemental benefits, they should not be included in the chart. Plans may describe them in Section 2.2 instead.]*  Các dịch vụ nha khoa  Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (chẳng hạn như làm sạch, khám nha khoa định kỳ và chụp X-quang nha khoa) không được Original Medicare đài thọ. Tuy nhiên, Medicare hiện đang chi trả cho các dịch vụ nha khoa trong một số trường hợp hạn chế, cụ thể là khi dịch vụ đó là một phần không thể thiếu trong việc điều trị cụ thể đối với bệnh trạng chính của người thụ hưởng. Một số ví dụ bao gồm việc tái tạo xương hàm sau gãy xương hoặc chấn thương, nhổ răng được thực hiện để chuẩn bị điều trị bức xạ cho bệnh ung thư liên quan đến hàm, hoặc khám miệng trước khi cấy thận. Ngoài ra, chúng tôi đài thọ:  *[List any additional benefits offered, such as routine dental care.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Biểu tượng Apple. Sàng lọc chứng trầm cảm  Chúng tôi bao gồm một lần sàng lọc trầm cảm mỗi năm. Phải thực hiện sàng lọc trong bối cảnh chăm sóc chính có thể cung cấp dịch vụ điều trị và/hoặc giới thiệu theo dõi.  *[Also list any additional benefits offered.]* | Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho thăm khám sàng lọc trầm cảm hàng năm. | |
| Biểu tượng Apple. Sàng lọc bệnh tiểu đường  Chúng tôi bao gồm sàng lọc này (bao gồm kiểm tra glucose khi nhịn ăn) nếu quý vị có bất kỳ yếu tố rủi ro nào sau: cao huyết áp (tăng huyết áp), tiền sử cholesterol bất thường và mức triglyceride (dyslipidemia), béo phì, hoặc có tiền sử đường huyết cao (glucose). Các xét nghiệm cũng có thể được đài thọ nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu khác, như thừa cân và có tiền sử bệnh tiểu đường trong gia đình.  Dựa trên kết quả của các xét nghiệm này, quý vị có thể đủ điều kiện được sàng lọc bệnh tiểu đường đến hai lần mỗi 12 tháng.  *[Also list any additional benefits offered.]* | Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường được Medicare đài thọ. | |
| Biểu tượng Apple. Tập huấn tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và tiếp liệu cho bệnh nhân tiểu đường  *[Plans may put items listed under a single bullet in separate bullets if the plan charges different copays. However, all items in the bullets must be included.]* Đối với tất cả những người bị bệnh tiểu đường (người dùng insulin và không dùng insulin). Dịch vụ được chi trả bao gồm:   * Nguồn tiếp liệu để theo dõi đường huyết của quý vị: Máy đo đường huyết, que thử đường huyết, dụng cụ chích và lưỡi chích, và các giải pháp kiểm soát đường huyết để kiểm tra độ chính xác của các que thử và máy đo đường huyết. * Đối với người bị bệnh tiểu đường mắc bệnh bàn chân do tiểu đường nghiêm trọng: Một đôi giày trị liệu được đúc tùy chỉnh cho một năm dương lịch (bao gồm cả các miếng lót được cung cấp cùng với giày) và hai cặp miếng lót bổ sung, hoặc một đôi giày sâu và ba cặp miếng lót (không bao gồm các miếng lót không tùy chỉnh có thể tháo ra được cung cấp cùng với giày). Bảo hiểm bao gồm phụ kiện. * Đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường được đài thọ trong một số điều kiện nhất định.   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Thiết bị y tế lâu bền (DME) và các vật tư liên quan  (Để biết định nghĩa thiết bị y tế lâu bền, hãy xem Chương 12 cũng như Chương 3, Phần 7 của tài liệu này.)  Các vật dụng được đài thọ gồm có, nhưng không giới hạn ở: xe lăn, nạng, hệ thống nệm hoạt động, đồ dùng bệnh tiểu đường, giường bệnh do nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu sử dụng trong nhà, máy bơm truyền IV, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị oxy, máy xông khí dung và khung tập đi.  [*Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* Chúng tôi đài thọ tất cả các DME cần thiết về mặt y tế được Original Medicare đài thọ. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi trong khu vực của quý vị không có hàng của một thương hiệu hoặc nhà sản xuất cụ thể, quý vị có thể hỏi họ nếu họ có thể đặt hàng đó cho quý vị.] [*Insert as applicable*: Chúng tôi đã đưa vào một bản sao danh mục nhà cung cấp DME của chúng tôi trong phong bì với tài liệu này. Danh sách gần đây nhất các nhà cung cấp [*insert as applicable*: cũng] có sẵn trên trang web của chúng tôi tại *[insert URL]*.]  [*Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* Cùng với *Chứng từ Bảo hiểm* này, chúng tôi đã gửi cho quý vị danh sách DME *[insert 2024 plan name]* của quý vị. Danh sách này nói cho quý vị biết các thương hiệu và nhà sản xuất DME mà chúng tôi sẽ đài thọ. [*Insert as applicable:* Chúng tôi đưa vào một bản sao danh mục nhà cung cấp DME của chúng tôi trong phong bì với tài liệu này.] Danh sách các thương hiệu, nhà sản xuất, và người bán mới nhất cũng có sẵn trên trang web của chúng tôi tại *[insert URL]*.  Nói chung, *[insert 2024 plan name]* đài thọ cho bất kỳ DME nào được Original Medicare đài thọ từ các thương hiệu và nhà sản xuất trong danh sách này. Chúng tôi sẽ không bảo hiểm cho các thương hiệu và nhà sản xuất khác trừ khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị cho chúng tôi biết rằng thương hiệu phù hợp với các nhu cầu y tế của quý vị. Tuy nhiên, nếu quý vị mới sử dụng *[insert 2024 plan name]* và đang sử dụng một thương hiệu DME không có trong danh sách của chúng tôi, chúng tôi sẽ tiếp tục bảo hiểm cho thương hiệu này cho quý vị đến 90 ngày. Trong thời gian này, quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị để quyết định thương hiệu nào là phù hợp về mặt y tế với quý vị sau khoảng thời gian 90 ngày này. (Nếu quý vị không đồng ý với bác sĩ của quý vị, quý vị có thể đề nghị bác sĩ đó giới thiệu quý vị cho ý kiến thứ hai.) | *[List copays / coinsurance / deductible]*  Quý vị chia sẻ chi phí đối với bảo hiểm thiết bị dưỡng khí Medicare  là *[Insert copay amount or coinsurance percentage]*, mỗi *[Insert required frequency of payment].*  *[Plans that use a constant cost-sharing structure for oxygen equipment insert]* Việc chia sẻ chi phí của quý vị sẽ không thay đổi sau khi ghi danh 36 tháng.  *[Plans that wish to vary cost sharing for oxygen equipment after 36 months insert details including whether original cost sharing resumes after 5 years and you are still in the plan.] [If cost sharing is different for members who made 36 months of rental payments prior to joining the plan insert:]*  Nếu trước khi ghi danh *[insert 2024 plan name]* quý vị đã có 36 tháng thanh toán tiền thuê thiết bị dưỡng khí, thì khoản chia sẻ chi phí của quý vị trong *[insert 2024 plan name]* là *[Plans should insert cost sharing]*. | |
| Thiết bị y tế lâu bền (DME) và các vật tư liên quan (tiếp)  Nếu quý vị (hoặc nhà cung cấp của quý vị) không đồng ý với quyết định về bảo hiểm của Chương trình, quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể nộp đơn kháng nghị. Quý vị cũng có thể nộp đơn kháng nghị nếu quý vị không đồng ý với quyết định của nhà cung cấp về sản phẩm hoặc thương hiệu nào phù hợp với bệnh trạng của quý vị. (Để biết thêm thông tin về kháng nghị, xem Chương 9, *What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints).*)] |  | |
| Chăm sóc cấp cứu  Chăm sóc cấp cứu là nói đến các dịch vụ:   * Được cung cấp bởi một nhà cung cấp đủ trình độ để cung cấp các dịch vụ cấp cứu, và * Cần đánh giá hoặc ổn định tình trạng y tế khẩn cấp.   Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị, hoặc bất kỳ người thận trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và thuốc men, tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để tránh mất mạng (và, nếu quý vị là người có thai, mất thai nhi), mất chi, hoặc mất chức năng chi. Các triệu chứng y tế có thể là một căn bệnh, chấn thương, đau nặng, hoặc một tình trạng y tế nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn.  Chia sẻ chi phí cho các dịch vụ cấp cứu cần thiết được cung cấp ngoài mạng lưới giống như đối với các dịch vụ như vậy được cung cấp trong mạng lưới.  *[Also identify whether this coverage is only covered within the U.S. as required or whether emergency care is also available as a supplemental benefit that provides world-wide emergency/urgent coverage.]* | *[List copays /coinsurance. If applicable, explain that cost sharing is waived if member admitted to hospital.]*  Nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cấp cứu tại bệnh viện ngoài mạng lưới và cần được chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị ổn định, [*Insert one or both:*quý vị phải trở lại bệnh viện trong mạng lưới để tiếp tục được đài thọ quý vị phải được chăm sóc nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới được Chương trình ủy quyền và chi phí của quý vị là [*Insert if applicable:* khoản chia sẻ chi phí cao nhất] mà quý vị sẽ trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.] | |
| Biểu tượng Apple. Các Chương trình giáo dục về sức khỏe thể chất và tinh thần  *[These are programs focused on health conditions such as high blood pressure, cholesterol, asthma, and special diets. Programs designed to enrich the health and lifestyles of members include weight management, fitness, and stress management. Describe the nature of the programs here.*  *If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Các dịch vụ trợ thính  Đánh giá thính lực chẩn đoán và cân bằng được thực hiện bởi [*insert as applicable:* PCP *OR* nhà cung cấp] của quý vị để xác định xem liệu quý vị có cần điều trị y tế được đài thọ như dịch vụ chăm sóc ngoại trú khi được bác sĩ, chuyên gia thính học hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác cung cấp.  *[List any additional benefits offered, such as routine hearing exams, hearing aids, and evaluations for fitting hearing aids.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Giúp kiểm soát một số Bệnh Trạng Mạn Tính  *[If the enrollee has been diagnosed by a plan provider with the certain chronic condition(s) identified and meets certain criteria, they may be eligible for other targeted supplemental benefits and/or targeted reduced cost sharing. The certain chronic conditions must be listed here. The benefits listed here must be approved in the bid. Describe the nature of the benefits here.*  *If this benefit is not applicable, plans should delete this entire row.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Biểu tượng Apple. Sàng lọc HIV  Đối với những người yêu cầu xét nghiệm sàng lọc HIV hoặc có nguy cơ bị nhiễm HIV cao hơn, chúng tôi đài thọ:   * Khám sàng lọc mỗi 12 tháng   Đối với những phụ nữ có thai, chúng tôi bảo hiểm:   * Có đến ba lần sàng lọc khi mang thai   *[Also list any additional benefits offered.]* | Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các thành viên đủ điều kiện được Medicare đài thọ để sàng lọc HIV phòng ngừa. | |
| Chăm sóc tại một cơ sở y tế gia đình  *[If needed, plans may revise language related to the doctor certification requirement.]* Trước khi nhận các dịch vụ sức khỏe tại nhà, một bác sĩ phải xác nhận rằng quý vị cần các dịch vụ sức khỏe tại nhà và sẽ yêu cầu các dịch vụ sức khỏe tại nhà do cơ quan y tế tại nhà cung cấp. Quý vị phải sinh hoạt tại nhà, có nghĩa là ra khỏi nhà là một nỗ lực lớn.  Các dịch vụ được đài thọ bao gồm, nhưng không giới hạn ở:   * Các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn bán thời gian hoặc rời rạc và các dịch vụ sức khỏe tại nhà (Được bảo hiểm theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ trợ giúp sức khỏe tại nhà kết hợp phải tổng cộng dưới 8 giờ mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần) * Liệu pháp vật lý, liệu pháp chức năng và liệu pháp âm ngữ * Các dịch vụ y tế và dịch vụ xã hội * Vật tư và thiết bị y tế | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Liệu pháp tiêm truyền tại nhà  Liệu pháp tiêm truyền tại nhà liên quan đến việc tiêm tĩnh mạch hoặc dưới da các thuốc hoặc sản phẩm sinh học cho một cá nhân tại nhà. Các thành phần cần thiết để thực hiện truyền dịch tại nhà bao gồm thuốc (ví dụ, thuốc kháng virus, globulin miễn dịch), thiết bị (ví dụ, một máy bơm), và nguồn tiếp liệu (ví dụ, ống và ống thông).  Các dịch vụ được đài thọ bao gồm, nhưng không giới hạn ở:   * Các dịch vụ chuyên nghiệp, bao gồm các dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp theo kế hoạch chăm sóc * Đào tạo và giáo dục bệnh nhân không được bảo hiểm theo quyền lợi về thiết bị y tế dài hạn * Theo dõi từ xa * Dịch vụ theo dõi để cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà và thuốc truyền tại nhà được cung cấp bởi một nhà cung cấp liệu pháp truyền dịch đủ trình độ   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Chăm sóc cuối đời  Quý vị đủ điều kiện được hưởng quyền lợi bảo hiểm cuối đời khi bác sĩ và giám đốc y tế cuối đời đã cung cấp cho quý vị tiên lượng giai đoạn cuối xác nhận rằng quý vị bị bệnh giai đoạn cuối và có 6 tháng trở xuống để sống nếu bệnh của quý vị tiến triển theo lệ thường. Quý vị có thể được chăm sóc từ bất kỳ Chương trình cuối đời được Medicare chứng nhận nào. Chương trình của quý vị có nghĩa vụ phải 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 về tài chính. Bác sĩ chăm sóc cuối đời cho bệnh nhân giai đoạn cuối có thể là một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.  Dịch vụ được chi trả bao gồm:   * Các thuốc để kiểm soát triệu chứng và giảm đau * Chăm sóc tạm thời ngắn hạn * Chăm sóc tại nhà   Đối với dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B đài thọ và có liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị: Original Medicare (thay vì Chương trình của chúng tôi) sẽ thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ cuối đời của quý vị liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị. Khi quý vị đang ở trong Chương trình cuối đời, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị sẽ lập hóa đơn cho Original Medicare cho các dịch vụ mà Original Medicare chi trả. Quý vị sẽ bị tính phí chia sẻ chi phí của Original Medicare. | Khi quý vị ghi danh vào một Chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận, các dịch vụ cuối đời của quý vị và các dịch vụ Phần A và Phần B liên quan đến tiên lượng cuối cùng của quý vị sẽ được Original Medicare thanh toán, không phải *[insert 2024 plan name]*.  *[Include information about cost sharing for hospice consultation services if applicable.]* | |
| Chăm sóc cuối đời (tiếp tục)  Đối với các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B đài thọ và không liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị: Nếu quý vị cần các dịch vụ không cấp cứu, không khẩn cấp được đài thọ theo Medicare Phần A hoặc B và không liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị, chi phí cho các dịch vụ này phụ thuộc vào việc quý vị sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới Chương trình của chúng tôi và tuân theo các quy tắc của Chương trình (chẳng hạn như khi có yêu cầu yêu cầu xin phép trước).   * Nếu quý vị nhận các dịch vụ được đài thọ từ một nhà cung cấp trong mạng lưới và tuân theo các quy tắc của Chương trình để nhận dịch vụ, quý vị chỉ thanh toán số tiền chia sẻ chi phí của Chương trình cho các dịch vụ trong mạng lưới * Nếu quý vị nhận các dịch vụ được đài thọ từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị thanh toán khoản chia sẻ chi phí theo Khoản Phí Cho Dịch Vụ Medicare (Original Medicare)   Đối với các dịch vụ được đài thọ bởi *[insert 2024 plan name]* nhưng không được Medicare Phần A hoặc B đài thọ: *[insert 2024 plan name]* sẽ tiếp tục đài thọ cho các dịch vụ được Chương trình đài thọ theo Phần A hoặc B dù có liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị đã trả số tiền chia sẻ chi phí Chương trình của quý vị cho các dịch vụ này.  Đối với các loại thuốc có thể được bảo hiểm bởi quyền lợi Phần D của Chương trình: Nếu các loại thuốc này không liên quan đến bệnh trạng cuối đời của quý vị, quý vị phải chia sẻ chi phí. Nếu chúng có liên quan đến tình trạng bệnh cuối đời của quý vị, thì quý vị phải trả phần chia sẻ chi phí của Original Medicare. Thuốc không bao giờ được bảo hiểm bởi cả nhà thuốc và Chương trình của chúng tôi cùng một lúc. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5, Phần 9.4 *(Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị ở trong Chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận)*.  **Lưu ý:** Nếu quý vị cần được chăm sóc không phải chăm sóc cuối đời (dịch vụ không liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị), quý vị nên liên hệ với chúng tôi để sắp xếp dịch vụ.  **Chăm sóc cuối đời (tiếp tục)**  [*Insert if applicable, edit as appropriate:* Chương trình của chúng tôi đài thọ các dịch vụ tư vấn cuối đời (chỉ một lần) cho người bị bệnh nặng không chọn quyền lợi chăm sóc cuối đời.] |  | |
| Biểu tượng Apple. Chủng Ngừa  Các dịch vụ Medicare Phần B được Đài thọ gồm có:   * Vắc-xin viêm phổi * Tiêm phòng cúm, mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, với các mũi tiêm phòng cúm bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế * Vắc-xin viêm gan B nếu quý vị có nguy cơ mắc Viêm Gan B cao hoặc trung cấp * Vắc-xin COVID-19 * Các loại vắc-xin khác nếu quý vị gặp rủi ro và họ đáp ứng các quy tắc bảo hiểm Medicare Phần B   Chúng tôi cũng bảo hiểm cho một số vắc-xin thuộc quyền lợi thuốc theo toa Phần D của chúng tôi.  *[Also list any additional benefits offered.]* | Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các vắc-xin viêm phổi, cúm, Viêm gan B, và COVID-19. | |
| Dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện  Bao gồm bệnh viện nội trú cấp tính, phục hồi nội trú, bệnh viện chăm sóc dài hạn và các loại dịch vụ bệnh viện nội trú khác. Việc chăm sóc bệnh nhân nội trú tại bệnh viện bắt đầu vào ngày quý vị chính thức nhập viện theo chỉ định của bác sĩ. Một ngày trước khi quý vị xuất viện là ngày nội trú cuối cùng của quý vị.  *[List days covered and any restrictions that apply.]* Các dịch vụ được đài thọ bao gồm nhưng không chỉ gồm:   * Phòng bán cá nhân (hoặc một phòng cá nhân nếu cần thiết về mặt y tế) * Các bữa ăn bao gồm chế độ ăn đặc biệt * Dịch vụ điều dưỡng thông thường * Chi phí của đơn vị chăm sóc đặc biệt (chẳng hạn như đơn vị chăm sóc chuyên sâu hoặc đơn vị chăm sóc mạch vành) * Thuốc * Xét nghiệm * Chụp X quang và các dịch vụ quang tuyến khác * Các vật tư y tế và phẫu thuật cần thiết * Sử dụng các thiết bị, chẳng hạn như xe lăn * Chi phí phòng vận hành và phục hồi * Vật lý trị liệu, chức năng, và ngôn ngữ trị liệu * Các dịch vụ lạm dụng dược chất nội trú | [*List all cost sharing (deductible, copayments/ coinsurance) and the period for which they will be charged. If cost sharing is based on the Original Medicare or a plan-defined benefit period, include definition/explanation of approved benefit period here. Plans that use per-admission deductible include:* Khoản khấu trừ nhập viện được áp dụng một lần trong thời hạn quyền lợi được xác định. *[In addition, if applicable, explain all other cost sharing that is charged during a benefit period.]*] | |
| Chăm sóc tại bệnh viện nội trú (tiếp tục)   * Trong một số điều kiện nhất định, các loại cấy ghép sau đây được đài thọ: giác mạc, thận, thận-tuyến tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc, và ruột/đa phương. Nếu quý vị cần cấy ghép, chúng tôi sẽ bố trí để trường hợp của quý vị được xem xét bởi một trung tâm cấy ghép được Medicare phê duyệt sẽ quyết định xem quý vị là ứng viên cho một ca cấy ghép [*Plans with a provider network insert:* Nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở địa phương hoặc ngoài khu vực dịch vụ. Nếu các dịch vụ cấy ghép trong mạng lưới của chúng tôi nằm ngoài mô hình chăm sóc cộng đồng, quý vị có thể chọn sử dụng dịch vụ ở địa phương miễn là các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép tại địa phương sẵn lòng chấp nhận mức giá của Original Medicare. Nếu *[insert 2024 plan name]* cung cấp dịch vụ cấy ghép tại một địa điểm khác với thông lệ chăm sóc cho cấy ghép trong cộng đồng của quý vị và quý vị chọn nhận cấy ghép tại địa điểm xa xôi này, chúng tôi sẽ bố trí hoặc thanh toán chi phí chỗ ở và vận chuyển thích hợp cho quý vị và một người đồng hành.] *[Plans may further define the specifics of transplant travel coverage.]* * Máu – bao gồm lưu trữ và quản lý. Bảo hiểm toàn bộ máu và các tế bào hồng cầu gói chỉ bắt đầu với pint máu thứ tư mà quý vị cần – quý vị phải trả chi phí cho 3 pint máu đầu tiên quý vị nhận được trong một năm dương lịch hoặc có máu do quý vị hoặc người khác hiến. Tất cả các thành phần khác của máu được đài thọ bắt đầu với pint đầu tiên được sử dụng *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]*. * Dịch vụ của bác sĩ   **Lưu ý:** Để trở thành bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp của quý vị phải viết một chỉ định cho quý vị chính thức nhập viện như một bệnh nhân nội trú của bệnh viện. Ngay cả khi quý vị ở lại qua đêm ở bệnh viện, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc liệu quý vị có phải là bệnh nhân nội trú hoặc ngoại trú hay không, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện.  Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong một bảng thực tế Medicare có tên là *Quý vị có phải là Bệnh nhân Nội trú hoặc Ngoại trú của Bệnh viện không? Nếu quý vị có Medicare – Hãy hỏi!* Tờ thông tin này có trên trang Web tại địa chỉ <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> hoặc bằng cách gọi  1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi các số này miễn cước, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. | [*If cost sharing is* ***not*** *based on the Original Medicare or plan-defined benefit period, explain here when the cost sharing will be applied. If it is charged on a per admission basis, include as applicable:* Khoản chia sẻ chi phí khấu trừ và/hoặc chi phí khác được tính phí cho mỗi lần nằm viện nội trú.]  *[If inpatient cost sharing varies based on hospital tier, enter that cost sharing in the data entry fields.]*  Nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc nội trú [*insert if applicable:* được cho phép] tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị ổn định, chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí [*insert if applicable:* cao nhất] mà quý vị sẽ thanh toán tại một bệnh viện trong mạng lưới. | |
| Dịch vụ nội trú trong bệnh viện tâm thần  Các dịch vụ được đài thọ bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cần phải nằm viện. *[List days covered, restrictions such as 190-day lifetime limit for inpatient services in a psychiatric hospital. The 190-day limit does not apply to inpatient mental health services provided in a psychiatric unit of a general hospital.]* | [*List all cost sharing (deductible, copayments/ coinsurance) and the period for which they will be charged. If cost sharing is based on the Original Medicare or a plan-defined benefit period, include definition/explanation of approved benefit period here. Plans that use per-admission deductible include:* Khoản khấu trừ nhập viện được áp dụng một lần trong thời hạn quyền lợi được xác định. *[In addition, if applicable, explain all other cost sharing that is charged during a benefit period.]*]  [*If cost sharing is* ***not*** *based on the Original Medicare or plan-defined benefit period, explain here* *when the cost sharing will be applied. If it is charged on a per admission basis, include as applicable:* Khoản chia sẻ chi phí khấu trừ và/hoặc chi phí khác được tính phí cho mỗi lần nằm viện nội trú.] | |
| Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được đài thọ đã nhận được trong bệnh viện hoặc SNF trong thời gian nằm viện nội trú không được đài thọ  *[Plans with no day limitations on a plan’s hospital or SNF coverage may modify or delete this row as appropriate.]*  Nếu quý vị đã chi trả hết các quyền lợi điều trị nội trú của quý vị hoặc nếu thời gian nằm viện nội trú không hợp lý và cần thiết, chúng tôi sẽ không đài thọ cho thời gian nằm viện nội trú của quý vị. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ đài thọ các dịch vụ nhất định mà quý vị nhận trong khi nằm tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF). Các dịch vụ được đài thọ bao gồm nhưng không chỉ gồm:   * Dịch vụ của bác sĩ * Xét nghiệm chẩn đoán (như xét nghiệm trong phòng thí nghiệm) * X-quang, radium, và liệu pháp đồng vị bao gồm các tài liệu và dịch vụ kỹ thuật viên * Băng bó phẫu thuật * Nẹp, khuôn đúc và các thiết bị khác được sử dụng để giảm gãy xương và trật khớp * Các thiết bị bộ phận giả và chỉnh hình (trừ nha khoa) thay thế tất cả hoặc một phần của cơ quan nội tạng (bao gồm mô tiếp giáp), hoặc tất cả hoặc một phần chức năng của một cơ quan nội tạng không hoạt động vĩnh viễn hoặc hoạt động không đúng, bao gồm thay thế hoặc sửa chữa các thiết bị như vậy * Khung nẹp chân, cánh tay, lưng và cổ; nẹp; và chân, cánh tay và mắt nhân tạo bao gồm điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết vì bị vỡ, mặc, mất, hoặc thay đổi bệnh trạng thể chất của bệnh nhân * Vật lý trị liệu, ngữ âm trị liệu, và hoạt động trị liệu | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Biểu tượng Apple. Liệu pháp dinh dưỡng y tế  Quyền lợi này dành cho những người bị bệnh tiểu đường, bệnh thận (nhưng không phải chạy thận) hoặc sau khi được cấy ghép thận khi [*insert as appropriate*: được giới thiệu *OR* được chỉ định] bởi bác sĩ của quý vị.  Chúng tôi đài thọ 3 giờ dịch vụ tư vấn trực tiếp trong năm đầu tiên quý vị nhận được các 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, phương pháp điều trị hoặc chẩn đoán của quý vị có thay đổi, quý vị có thể nhận được thêm giờ điều trị với [*insert as appropriate:* giấy giới thiệu OR lệnh] của bác sĩ. Bác sĩ phải kê toa các dịch vụ này và gia hạn [*insert as appropriate:* giấy giới thiệu *OR* lệnh] hàng năm nếu cần điều trị cho quý vị vào năm dương lịch tới.  *[Also list any additional benefits offered.]* | Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các thành viên đủ điều kiện tham gia các dịch vụ dinh dưỡng y tế trị liệu được Medicare đài thọ. | |
| Biểu tượng Apple. Chương Trình Phòng Ngừa Bệnh Tiểu Đường Medicare (MDPP)  Dịch vụ MDPP sẽ được đài thọ cho những người thụ hưởng Medicare đủ điều kiện theo tất cả các Chương trình sức khỏe của Medicare.  MDPP là một biện pháp can thiệp thay đổi hành vi có cấu trúc, cung cấp đào tạo thực tế về thay đổi chế độ ăn dài hạn, tăng cường hoạt động thể lực, và các chiến lược giải quyết vấn đề để vượt qua những thách thức để duy trì giảm cân và một lối sống lành mạnh. | Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho quyền lợi MDPP. | |
| Thuốc theo toa Medicare Phần B  *[MA plans that will be or expect to use Part B step therapy should include the Part B drug categories below that may or will be subject to Part B step therapy as well as a link to a list of drugs that will be subject to Part B step therapy. The link may be updated throughout the year and any changes need to be added at least 30 days prior to implementation per 42 CFR 42.111(d)]* | *[List copays / coinsurance / deductible]*  *[Indicate whether drugs may be subject to step therapy] [Indicate insulin cost sharing is subject to a coinsurance cap of $35 for one-month’s supply of insulin, and specify service category or plan level deductibles do not apply.]* | |
| Thuốc theo toa Medicare Phần B (tiếp tục)  Những loại thuốc này được đài thọ theo Phần B của Original Medicare. Các thành viên trong Chương trình của chúng tôi nhận bảo hiểm cho những thuốc này thông qua Chương trình của chúng tôi. Thuốc được đài thọ bao gồm:   * Các loại thuốc thường không do bệnh nhân tự tiêm và được tiêm hoặc truyền trong khi quý vị đang nhận dịch vụ của bác sĩ, bệnh viện ngoại trú, hoặc trung tâm phẫu thuật * Insulin được cung cấp thông qua một thiết bị y tế dài hạn (chẳng hạn như máy bơm insulin cần thiết về mặt y tế) * Các loại thuốc khác quý vị sử dụng thiết bị y tế dài hạn (như máy xông khí dung) đã được Chương trình cho phép * Yếu tố đông máu mà quý vị tự tiêm nếu quý vị bị mắc bệnh loãng máu * Thuốc ức chế miễn dịch, nếu quý vị được ghi danh vào Medicare Phần A tại thời điểm cấy ghép cơ quan * Thuốc loãng xương tiêm, nếu quý vị ở nhà, bị gãy xương mà bác sĩ xác nhận có liên quan đến loãng xương sau mãn kinh, và không thể tự quản lý thuốc * Các chất kháng nguyên * Một số thuốc chống ung thư dạng uống và thuốc chống buồn nôn * Một số loại thuốc để chạy thận tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc cho heparin khi cần thiết về mặt y tế, thuốc gây tê tại chỗ, và các chất kích thích erythropoiesis *[plans may delete any of the following drugs that are not covered under the plan]* (chẳng hạn như Epogen, Procrit, Epoetin Alfa, Aranesp, hoặc Darbepoetin Alfa) * Globulin Miễn dịch Tiêm tĩnh mạch để điều trị tại nhà các bệnh thiếu hụt miễn dịch chính   [*insert if applicable:* Liên kết sau đây sẽ đưa quý vị đến danh sách Thuốc Phần B có thể tùy thuộc vào Liệu pháp Từng Bước: *insert link*]  Chúng tôi cũng bảo hiểm cho một số vắc-xin thuộc quyền lợi thuốc kê đơn Phần B và Phần D của chúng tôi.  Chương 5 giải thích quyền lợi thuốc theo toa Phần D, bao gồm các quy tắc quý vị phải tuân theo để có toa thuốc được đài thọ. Quý vị trả những gì cho thuốc theo toa Phần D của mình thông qua Chương trình của chúng tôi được giải thích trong Chương 6. |  | |
| Biểu tượng Apple. Sàng lọc và trị liệu béo phì để khuyến khích duy trì giảm cân  Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên, chúng tôi đài thọ cho dịch vụ tư vấn chuyên sâu để giúp quý vị giảm cân. Dịch vụ tư vấn này được đài thọ nếu quý vị nhận tại một cơ sở chăm sóc chính, là nơi dịch vụ có thể được phối hợp với Chương trình phòng ngừa toàn diện của quý vị. Trao đổi với bác sĩ chăm sóc chính hoặc chuyên viên y tế của quý vị để tìm hiểu thêm.  *[Also list any additional benefits offered.]* | Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khấu trừ cho khám sàng lọc và trị liệu béo phì. | |
| Dịch vụ Chương trình điều trị opioid  Các thành viên của Chương trình bị rối loạn sử dụng opioid (OUD) có thể nhận bảo hiểm cho các dịch vụ điều trị OUD thông qua Chương trình Điều trị Opioid (OTP) đài thọ các dịch vụ sau:   * Thuốc điều trị hỗ trợ điều trị (MAT) được FDA phê duyệt với thuốc chủ vận opioid và thuốc đối kháng hỗ trợ điều trị (MAT) * Pha chế và cho dùng thuốc MAT (nếu thích hợp) * Tư vấn về lạm dụng dược chất * Liệu pháp cá nhân và nhóm * Xét nghiệm độc học * Hoạt động tiếp nhận * Đánh giá định kỳ   *[Plans can include other covered items and services as appropriate (not to include meals and transportation).]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Dịch vụ xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú, điều trị và đồ tiếp liệu  Các dịch vụ được đài thọ bao gồm, nhưng không giới hạn ở:   * Chụp X-quang * Liệu pháp phóng xạ (radium và đồng vị) bao gồm vật liệu và vật tư của kỹ thuật viên *[List separately any services for which a separate copay/coinsurance applies over and above the outpatient radiation therapy copay/coinsurance.]* * Các vật dụng giải phẫu, như băng bó * Nẹp, khuôn đúc và các thiết bị khác được sử dụng để giảm gãy xương và trật khớp * Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm * Máu – bao gồm lưu trữ và quản lý. Bảo hiểm của toàn bộ máu và các tế bào hồng cầu gói chỉ bắt đầu với pint thứ tư của máu mà quý vị cần – quý vị phải hoặc phải trả chi phí cho 3 pint máu đầu tiên quý vị nhận được trong một năm dương lịch hoặc có máu do quý vị hoặc người khác hiến. Tất cả các thành phần khác của máu được đài thọ bắt đầu với pint đầu tiên được sử dụng *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]*. * Các xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú khác *[Plans can include other covered tests as appropriate.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Quan sát tại bệnh viện ngoại trú  Dịch vụ theo dõi là các dịch vụ ngoại trú của bệnh viện được đưa ra để xác định xem quý vị có cần nhập viện như một bệnh nhân nội trú hay có thể được xuất viện hay không.  Đối với các dịch vụ theo dõi bệnh viện ngoại trú được đài thọ, họ phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare và được coi là hợp lý và cần thiết. Các dịch vụ theo dõi chỉ được bảo hiểm khi được cung cấp theo lệnh của bác sĩ hoặc cá nhân khác được ủy quyền bởi luật cấp phép của tiểu bang và nhân viên bệnh viện để đưa bệnh nhân đến bệnh viện hoặc yêu cầu xét nghiệm ngoại trú.  **Lưu ý:** Trừ khi các nhà cung cấp viết yêu cầu để quý vị nhập viện là một bệnh nhân nội trú cho bệnh viện, quý vị là một bệnh nhân ngoại trú và phải trả những khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ bệnh viện ngoại trú. Ngay cả khi quý vị ở lại qua đêm ở bệnh viện, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc chắn mình có phải bệnh nhân ngoại trú hay không, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện.  Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong một bảng thực tế Medicare có tên là *Quý vị có phải là Bệnh nhân Nội trú hoặc Ngoại trú của Bệnh viện không? Nếu quý vị có Medicare – Hãy hỏi!* Tờ thông tin này có trên trang Web tại địa chỉ [https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf](https://urldefense.com/v3/__https:/www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf__;!!May37g!cyYHtJORBbMLmHd9VmIMgZFrBOINDr6bDFizYwxrUF8k3vRQpbpQISmP5Q$) hoặc bằng cách gọi  1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi các số này miễn cước, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Các dịch vụ bệnh viện ngoại trú  Chúng tôi đài thọ các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị đến phòng ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh hoặc chấn thương.  Các dịch vụ được đài thọ bao gồm, nhưng không giới hạn ở:   * Các dịch vụ tại phòng cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, chẳng hạn như dịch vụ quan sát hoặc phẫu thuật ngoại trú * Xét nghiệm và chẩn đoán do bệnh viện lập hóa đơn * Chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm chăm sóc trong Chương trình nhập viện bán phần, nếu bác sĩ xác nhận rằng điều trị nội trú sẽ được yêu cầu mà không có nó * Chụp X-quang và các dịch vụ phóng xạ khác theo hóa đơn của bệnh viện * Đồ dùng y tế như nẹp và khuôn đúc * Một số loại thuốc và sinh học nhất định mà quý vị không thể tự cung cấp   **Lưu ý:** Trừ khi các nhà cung cấp viết yêu cầu để quý vị nhập viện là một bệnh nhân nội trú cho bệnh viện, quý vị là một bệnh nhân ngoại trú và phải trả những khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ bệnh viện ngoại trú. Ngay cả khi quý vị ở lại qua đêm ở bệnh viện, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc chắn mình có phải bệnh nhân ngoại trú hay không, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện.  Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong một bảng thực tế Medicare có tên là *Quý vị có phải là Bệnh nhân Nội trú hoặc Ngoại trú của Bệnh viện không? Nếu quý vị có Medicare – Hãy hỏi!* Tờ thông tin này có trên trang Web tại địa chỉ [https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf](https://urldefense.com/v3/__https:/www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf__;!!May37g!cyYHtJORBbMLmHd9VmIMgZFrBOINDr6bDFizYwxrUF8k3vRQpbpQISmP5Q$) hoặc bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số  1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi các số này miễn cước, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân ngoại trú  Dịch vụ được chi trả bao gồm:  Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ được cấp phép của tiểu bang, bác sĩ tâm thần lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng, chuyên gia y tá lâm sàng, cố vấn chuyên môn được cấp phép (LPC), nhà trị liệu gia đình và hôn nhân (LMFT), y tá hành nghề (NP), trợ lý bác sĩ (PA), hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần có trình độ Medicare khác theo quy định của pháp luật tiểu bang hiện hành.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú  Các dịch vụ được đài thọ bao gồm: vật lý trị liệu, liệu pháp chức năng, và âm ngữ trị liệu.  Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú được cung cấp trong các môi trường ngoại trú khác nhau, chẳng hạn như các phòng ban ngoại trú, văn phòng nhà trị liệu độc lập và Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (CORF). | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Các dịch vụ chăm sóc bệnh nhân ngoại trú lạm dụng chất kích thích  *[Describe the plan’s benefits for outpatient substance abuse services.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm các dịch vụ được cung cấp tại cơ sở ngoại trú bệnh viện và trung tâm phẫu thuật điều trị  **Lưu ý:** Nếu quý vị phẫu thuật trong một cơ sở bệnh viện, quý vị nên kiểm tra với nhà cung cấp của mình xem quý vị sẽ là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú. Quý vị là bệnh nhân ngoại trú và phải trả số tiền chia sẻ chi phí cho ca phẫu thuật ngoại trú trừ trường hợp nhà cung cấp viết chỉ định cho quý vị nhập viện như một bệnh nhân nội trú. Ngay cả khi quý vị ở lại qua đêm ở bệnh viện, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Dịch vụ nhập viện bán phần  Nhập viện bán phần là một Chương trình có cấu trúc, điều trị tâm thần tích cực được cung cấp như là một dịch vụ ngoại trú bệnh viện hoặc bởi một trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, có cường độ cao hơn so với dịch vụ chăm sóc nhận được tại phòng mạch của bác sĩ hoặc nhà trị liệu của quý vị và là một phương án thay thế cho nhập viện nội trú.  [*Network plans that do not have an in-network community mental health center may add:* **Lưu ý:** Vì trong mạng lưới của chúng tôi không có trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng nào, chúng tôi chỉ đài thọ cho việc nhập viện bán phần như là dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện.] | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Các dịch vụ của bác sĩ/chuyên viên y tế, bao gồm thăm khám tại văn phòng bác sĩ  Dịch vụ được chi trả bao gồm:   * Các dịch vụ chăm sóc y tế hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế được cung cấp trong phòng mạch bác sĩ, trung tâm phẫu thuật cấp chứng nhận, bộ phận ngoại trú bệnh viện, hoặc bất kỳ địa điểm nào khác * Tham vấn, chẩn đoán và điều trị bởi một bác sĩ chuyên khoa * Khám thính lực và cân bằng cơ bản do [*insert as applicable:* PCP *OR* bác sĩ chuyên khoa] của quý vị thực hiện, nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu nó để xem liệu quý vị có cần điều trị y tế hay không * [*Insert if providing any MA additional telehealth benefits consistent with 42 CFR § 422.135 in the plan’s CMS-approved Plan Benefit Package submission:* Một số dịch vụ thăm khám từ̀ xa nhất định, bao gồm: *[insert general description of covered MA additional telehealth benefits, i.e., the specific Part B service(s) the plan has identified as clinically appropriate to furnish through electronic exchange when the provider is not in the same location as the enrollee. Plans may wish to refer enrollees to their medical coverage policy here.]*    + Quý vị có tùy chọn nhận các dịch vụ này thông qua khám trực tiếp hoặc qua thăm khám từ̀ xa. Nếu quý vị chọn nhận một trong những dịch vụ này bằng hình thức thăm khám từ xa, quý vị phải sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp dịch vụ thăm khám từ xa. *[Modify as necessary if plan benefits include out-of-network coverage of additional telehealth services as mandatory supplemental benefits.]*   + *[List the available means of electronic exchange used for each Part B service offered as an MA additional telehealth benefit along with any other access instructions that may apply.]]* * [*Insert if the plan’s service area and providers/locations qualify for telehealth services under original Medicare requirements in section 1834(m) of the Act*:Một số dịch vụ y tế từ xa bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ hoặc chuyên viên y tế, cho bệnh nhân ở một số vùng nông thôn nhất định hoặc những nơi khác đã được Medicare chấp thuận] | *[List copays / coinsurance / deductible]*  *[If applicable, indicate whether there are different cost-sharing amounts for Part B service(s) furnished through an in-person visit and those furnished through electronic exchange as MA additional telehealth benefits.]* | |
| Các dịch vụ bác sĩ/chuyên viên y tế, bao gồm thăm khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp tục)   * Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cho những lần thăm khám liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối hàng tháng cho thành viên chạy thận tại nhà tại bệnh viện hoặc tại trung tâm lọc thận tại bệnh viện hoặc tại bệnh viện, cơ sở lọc thận hoặc nhà của thành viên * Các dịch vụ y tế từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng của một cơn đột quỵ, bất kể địa điểm của quý vị * Các dịch vụ sức khỏe từ xa dành cho các thành viên bị rối loạn sử dụng chất gây nghiện hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần đồng xảy ra, bất kể vị trí của họ * Dịch vụ sức khỏe từ xa sẽ chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị rối loạn sức khỏe tâm thần nếu:   + Quý vị có cuộc thăm khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước lần khám sức khỏe từ xa đầu tiên   + Quý vị được một lần thăm khám trực tiếp mỗi 12 tháng trong khi nhận các dịch vụ từ xa này   + Có thể có ngoại lệ đối với một số trường hợp nhất định * Các dịch vụ y tế từ xa cho các lần thăm khám sức khỏe tâm thần do Phòng Khám Rural Health Clinics và Các Trung Tâm Y Tế Đủ Điều Kiện Liên Bang cung cấp * Làm thủ tục trực tuyến (ví dụ: qua điện thoại hoặc video chat) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút **nếu**:   + Quý vị không phải bệnh nhân mới **và**   + Lần kiểm tra tình hình không liên quan đến một chuyến thăm khám tại văn phòng trong 7 ngày qua **và**   + Đăng ký không dẫn đến lần thăm khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất * Đánh giá video và/hoặc hình ảnh quý vị gửi cho bác sĩ của quý vị, và giải thích và theo dõi bởi bác sĩ của quý vị trong vòng 24 giờ **nếu**:   + Quý vị không phải bệnh nhân mới **và**   + Lần đánh giá không liên quan đến một chuyến thăm khám tại văn phòng trong 7 ngày qua **và**   + Đánh giá không dẫn đến lần thăm khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất   Các dịch vụ bác sĩ/chuyên viên y tế, bao gồm thăm khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp tục)   * Tư vấn bác sĩ của quý vị có với các bác sĩ khác qua điện thoại, internet, hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử * Ý kiến thứ hai [*Insert if appropriate:* của nhà cung cấp khác trong mạng lưới] trước khi phẫu thuật * Chăm sóc nha khoa không thường xuyên (dịch vụ được đài thọ chỉ giới hạn ở phẫu thuật hàm hoặc các cấu trúc liên quan, đặt gãy xương hàm hoặc xương trên khuôn mặt, nhổ răng để chuẩn bị hàm để điều trị bức xạ của bệnh ung thư tân sinh, hoặc các dịch vụ sẽ được đài thọ khi bác sĩ cung cấp) * *[Also list any additional benefits offered.]* |  | |
| Các dịch vụ điều trị bệnh về chân  Dịch vụ được chi trả bao gồm:   * Chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật đối với chấn thương và bệnh ở bàn chân (chẳng hạn như nạng ở chân hoặc gót chân) * Chăm sóc bàn chân định kỳ cho các thành viên có tình trạng y tế nhất định ảnh hưởng đến chi dưới   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Biểu tượng Apple. Khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt  Đối với nam giới từ 50 tuổi trở lên, các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm những dịch vụ sau đây – một lần mỗi 12 tháng:   * Khám trực tràng kỹ thuật số * Xét nghiệm Kháng nguyên Cụ thể tuyến tiền liệt (PSA)   *[Also list any additional benefits offered.]* | Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hay khấu trừ cho kiểm tra PSA hàng năm. | |
| Thiết bị bộ phận cơ thể giả và vật tư liên quan  Các thiết bị (không phải là nha khoa) thay thế tất cả hoặc một phần của một bộ phận hoặc chức năng cơ thể. Chúng bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn: túi phẫu thuật đại tràng và đồ dùng liên quan trực tiếp đến chăm sóc đại tràng, máy tạo nhịp tim, khung nẹp, giày chân giả, chi nhân tạo, và bộ giả vú (bao gồm cả phẫu thuật brassiere sau phẫu thuật cắt bỏ vú). Bao gồm một số vật tư nhất định liên quan đến thiết bị chỉnh hình, và sửa chữa và/hoặc thay thế các thiết bị chỉnh hình. Cũng đài thọ một số bảo hiểm sau khi loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể – xem **Chăm sóc Nhãn khoa** sau trong phần này để biết chi tiết hơn. | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Dịch vụ phục hồi chức năng phổi  Các Chương trình toàn diện về phục hồi chức năng phổi được đài thọ cho các hội viên mắc bệnh tắc nghẽn phổi mạn tính (COPD) và [*insert as appropriate:* một giấy giới thiệu *OR* một lệnh] ] để phục hồi chức năng phổi từ bác sĩ điều trị bệnh hô hấp mạn tính.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Biểu tượng Apple. Sàng lọc và tư vấn để giảm thiểu tình trạng lạm dụng rượu  Chúng tôi đài thọ một lần sàng lọc lạm dụng rượu cho những người lớn có Medicare (bao gồm cả phụ nữ mang thai) lạm dụng rượu, nhưng không phụ thuộc vào rượu.  Nếu quý vị sàng lọc dương tính với việc lạm dụng rượu, quý vị có thể có đến 4 buổi tư vấn trực tiếp ngắn hạn mỗi năm (nếu quý vị đủ năng lực và tỉnh táo trong quá trình tư vấn) do bác sĩ chăm sóc chính hoặc bác sĩ chăm sóc chính đủ trình độ cung cấp trong một môi trường chăm sóc chính.  *[Also list any additional benefits offered.]* | Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khấu trừ cho quyền lợi phòng ngừa khám sàng lọc và tư vấn được đài thọ bởi Medicare nhằm giảm tình trạng lạm dụng rượu. | |
| Biểu tượng Apple. Sàng lọc ung thư phổi với chụp cắt lớp vi tính liều thấp (LDCT)  Đối với những cá nhân đủ trình độ, LDCT được đài thọ mỗi 12 tháng.  **Thành viên đủ điều kiện là:** những người trong độ tuổi 50-77 không có dấu hiệu hoặc triệu chứng ung thư phổi, nhưng có tiền sử hút thuốc lá ít nhất 20 năm và hiện đang hút thuốc hoặc đã cai thuốc trong vòng 15 năm qua, người nhận được văn bản yêu cầu LDCT trong quá trình tư vấn sàng lọc ung thư phổi và thăm khám chia sẻ quyết định, rằng đáp ứng tiêu chuẩn Medicare cho các lần thăm khám này và được cung cấp bởi bác sĩ hoặc chuyên gia đủ trình độ không phải bác sĩ.  *Đối với sàng lọc ung thư phổi LDCT sau lần sàng lọc LDCT ban đầu*: thành viên phải nhận được văn bản yêu cầu sàng lọc ung thư phổi LDCT, có thể được cung cấp trong bất kỳ lần khám thích hợp nào với bác sĩ hoặc chuyên gia đủ trình độ không phải bác sĩ. Nếu một bác sĩ hoặc chuyên gia đủ trình độ không phải bác sĩ chọn để tư vấn sàng lọc ung thư phổi và chia sẻ việc khám quyết định để sàng lọc ung thư phổi sau này với LDCT, lần khám phải đáp ứng các tiêu chuẩn của Medicare đối với các lần thăm khám như vậy. | | Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho dịch vụ tư vấn được Medicare đài thọ và thăm khám ra quyết định chia sẻ hoặc cho LDCT. | |
| Biểu tượng Apple. Sàng lọc nhiễm trùng lây qua đường tình dục (STI) và tư vấn để phòng ngừa STI  Chúng tôi khám sàng lọc nhiễm bệnh lây qua đường tình dục (STI) cho bệnh chlamydia, bệnh lậu, giang mai, và Viêm Gan B. Các loại sàng lọc này được đài thọ cho phụ nữ có thai và đối với một số người nhất định có nguy cơ bị STI cao hơn khi xét nghiệm được một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính yêu cầu. Chúng tôi sẽ đài thọ cho các xét nghiệm này mỗi 12 tháng hoặc ở những thời điểm nhất định suốt thời gian mang thai.  Chúng tôi cũng giới thiệu đến hai buổi tư vấn hành vi trực tiếp 20 đến 30 phút với cường độ cao mỗi năm cho những người trưởng thành có hoạt động tình dục có nguy cơ mắc STI cao hơn. Chúng tôi sẽ chỉ đài thọ các buổi tư vấn này như một dịch vụ phòng ngừa nếu chúng được cung cấp bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính và diễn ra trong một môi trường chăm sóc chính, chẳng hạn như phòng mạch của bác sĩ.  *[Also list any additional benefits offered.]* | Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ để sàng lọc được Medicare đài thọ cho các STI và tư vấn về quyền lợi phòng ngừa STI. | |
| Dịch vụ điều trị bệnh thận  Dịch vụ được chi trả bao gồm:   * Dịch vụ giáo dục về bệnh thận để dạy chăm sóc thận và giúp thành viên đưa ra quyết định sáng suốt về việc chăm sóc cho họ. Đối với hội viên bị bệnh thận mạn tính giai đoạn IV khi được bác sĩ giới thiệu, chúng tôi đài thọ đến sáu buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận mỗi đời. * Các phương pháp điều trị chạy thận ngoại trú (bao gồm các phương pháp điều trị chạy thận khi tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ, như đã giải thích trong Chương 3 hoặc khi nhà cung cấp của quý vị tạm thời không sẵn sàng hoặc không tiếp cận được) * Phương pháp điều trị chạy thận nội trú (nếu quý vị được nhập viện trong tình trạng nội trú tại bệnh viện để được chăm sóc đặc biệt) * Đào tạo tự chạy thận (bao gồm đào tạo cho quý vị và bất cứ ai giúp quý vị điều trị chạy thận tại nhà) * Thiết bị và vật dụng chạy thận nhân tạo tại nhà * Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà (chẳng hạn như khi cần thiết, do nhân viên chạy thận được đào tạo khám để kiểm tra chạy thận tại nhà, để giúp cấp cứu, và kiểm tra thiết bị chạy thận và cấp nước)   Một số loại thuốc để chạy thận được bảo hiểm theo quyền lợi thuốc Medicare Phần B của quý vị. Để biết thông tin về bảo hiểm cho Thuốc Phần B, vui lòng đi tới phần, **Thuốc theo toa Medicare Phần B**. | *[List copays / coinsurance / deductible*] | |
| Chăm sóc tại Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF)  (Để biết định nghĩa về chăm sóc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hãy xem Chương 12 của tài liệu này. Cơ sở điều dưỡng chuyên môn đôi khi được gọi là SNF.)  *[List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior hospital stay is required.]* Các dịch vụ được đài thọ bao gồm nhưng không chỉ gồm:   * Phòng nửa riêng nửa chung (hay một 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 * Liệu pháp vật lý, liệu pháp chức năng và liệu pháp âm ngữ * Thuốc được cho quý vị dùng như là một phần của kế hoạch chăm sóc của quý vị (Điều này bao gồm các chất có tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu.) * Máu – bao gồm lưu trữ và quản lý. Bảo hiểm toàn bộ máu và các tế bào hồng cầu gói chỉ bắt đầu với pint máu thứ tư mà quý vị cần – quý vị phải trả chi phí cho ba pint máu đầu tiên quý vị nhận được trong một năm dương lịch hoặc có máu do quý vị hoặc người khác hiến. Tất cả các thành phần khác của máu được đài thọ bắt đầu với pint đầu tiên được sử dụng *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]*. * Nguồn tiếp liệu y tế và phẫu thuật thông thường do SNF cung cấp * Xét nghiệm tại phòng thí nghiệm thông thường do SNF cung cấp * Chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến khác thường được cung cấp bởi SNF * Sử dụng các thiết bị như xe lăn thường được cung cấp bởi SNF * Dịch vụ bác sĩ/chuyên viên y tế   Nói chung, quý vị sẽ được chăm sóc SNF từ các cơ sở mạng lưới. Tuy nhiên, trong một số điều kiện nhất định được liệt kê dưới đây, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc của quý vị từ một cơ sở không phải là nhà cung cấp trong mạng lưới, nếu cơ sở chấp nhận số tiền thanh toán của Chương trình của chúng tôi.   * Một cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng tiếp tục dịch vụ chăm sóc, nơi quý vị sống ngay trước khi quý vị đến bệnh viện (miễn là cơ sở điều dưỡng chuyên môn cung cấp dịch vụ chăm sóc) * SNF nơi người vợ/chồng hoặc bạn tình đang sống tại thời điểm quý vị rời bệnh viện | *[List copays / coinsurance/ deductible. If cost sharing is based on benefit period, include definition / explanation of BID approved benefit period here.]* | |
| Biểu tượng Apple. Cai hút thuốc và sử dụng thuốc lá (tư vấn cai hút thuốc hoặc sử dụng thuốc lá)  Nếu quý vị sử dụng thuốc lá, nhưng không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá: Chúng tôi đài thọ hai lần tư vấn bỏ thuốc lá trong vòng một giai đoạn 12 tháng như là một dịch vụ phòng ngừa mà không tốn phí cho quý vị. Mỗi đợt tư vấn bao gồm tối đa bốn lần khám trực tiếp.  Nếu quý vị sử dụng thuốc lá và đã được chẩn đoán mắc bệnh liên quan đến thuốc lá hoặc đang dùng thuốc có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc lá: Chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ tư vấn cai thuốc lá. Chúng tôi đài thọ hai lần tư vấn bỏ thuốc lá trong vòng một thời hạn 12 tháng; tuy nhiên, quý vị sẽ thanh toán khoản chia sẻ chi phí hiện hành. Mỗi đợt tư vấn bao gồm tối đa bốn lần khám trực tiếp.  *[Also list any additional benefits offered.]* | Không có các khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khấu trừ cho các quyền lợi phòng ngừa cai hút thuốc và sử dụng thuốc lá được đài thọ bởi Medicare. | |
| Quyền lợi Bổ Sung Đặc Biệt dành cho Người Bị Bệnh Mạn Tính  *[Enrollees with chronic condition(s) that meet certain criteria may be eligible for supplemental benefits for the chronically ill. The chronic conditions and benefits must be listed here. The benefits listed here must be approved in the bid. Describe the nature of the benefits and eligibility criteria here.*  *If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Liệu Pháp Tập Thể Dục Có Giám Sát (SET)  SET được đài thọ cho các thành viên mắc bệnh động mạch ngoại biên có triệu chứng (PAD) [*Optional:* và giấy giới thiệu cho PAD từ bác sĩ chịu trách nhiệm điều trị PAD].  Có tới 36 buổi trong một khoảng thời gian 12 tuần được bảo hiểm nếu đáp ứng các yêu cầu về Chương trình SET.  Chương trình SET phải:   * Bao gồm các buổi kéo dài 30-60 phút, bao gồm một Chương trình tập thể dục-đào tạo trị liệu cho PAD ở bệnh nhân với chứng đau bắp đùi * Thực hiện tại bệnh viện hoặc phòng mạch bác sĩ * Được thực hiện bởi nhân viên phụ trợ đủ trình độ cần thiết để đảm bảo lợi ích nhiều hơn tác hại, và những người được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho PAD * Dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, trợ lý bác sĩ hoặc y tá hành nghề/bác sĩ chuyên khoa lâm sàng phải được đào tạo về cả kỹ thuật hỗ trợ cuộc sống cơ bản và tiên tiến   SET có thể được đài thọ ngoài 36 buổi trong 12 tuần để có thêm 36 buổi trong một thời gian dài nếu một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe coi là cần thiết về mặt y tế.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Dịch vụ cần thiết khẩn cấp  Những dịch vụ cần thiết khẩn cấp được cung cấp để điều trị một tình trạng không cấp cứu, không lường trước là bệnh, chấn thương hoặc tình trạng cần được chăm sóc y tế ngay lập tức nhưng trong trường hợp của quý vị, không thể hoặc không hợp lý khi nhận các dịch vụ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới. Nếu trường hợp của quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc y tế ngay lập tức từ một nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý, thì Chương trình của quý vị sẽ đài thọ cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Dịch vụ phải cần ngay lập tức và cần thiết về mặt y tế. Các ví dụ về các dịch vụ khẩn cấp cần thiết mà Chương trình phải đài thọ ngoài mạng lưới xảy ra nếu: Quý vị tạm thời ngoài khu vực dịch vụ của Chương trình và yêu cầu các dịch vụ cần thiết về mặt y tế ngay lập tức để điều trị một tình trạng không lường trước được nhưng đó không phải là trường hợp cấp cứu y tế; hoặc trường hợp của quý vị nhận ngay dịch vụ chăm sóc y tế từ một nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý. Chia sẻ chi phí cho các dịch vụ khẩn cấp cần thiết được cung cấp bên ngoài mạng lưới cũng bằng chia sẻ chi phí cho các dịch vụ đó được cung cấp bên trong mạng lưới.  *[Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. or as a supplemental world-wide emergency/urgent coverage.]* | *[List copays / coinsurance. Plans should include different copayments for contracted urgent care centers, if applicable.]* | |
| Biểu tượng Apple. Chăm sóc nhãn khoa  Dịch vụ được chi trả bao gồm:   * Các dịch vụ bác sĩ ngoại trú để chẩn đoán và điều trị các bệnh và chấn thương mắt, bao gồm điều trị thoái hóa điểm vàng liên quan đến tuổi tác. Original Medicare không khám mắt định kỳ (khúc xạ mắt) cho kính mắt/kính áp tròng * Đối với những người có nguy cơ cao bị tăng nhãn áp, chúng tôi sẽ sàng lọc một bệnh tăng nhãn áp mỗi năm. Những người có nguy cơ cao bị tăng nhãn áp bao gồm: những người có tiền sử gia đình bị tăng nhãn áp, người bị 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 bị bệnh tiểu đường, sàng lọc bệnh võng mạc do bệnh tiểu đường được đài thọ một lần mỗi năm * *[Adapt this description if the plan offers more than is covered by Original Medicare.]* Một cặp kính mắt hoặc kính áp tròng sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể bao gồm chèn kính nội nhãn (Nếu quý vị có hai ca phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị không thể bảo lưu quyền lợi sau phẫu thuật đầu tiên và mua hai kính mắt sau phẫu thuật thứ hai.)   *[Also list any additional benefits offered, such as supplemental vision exams or glasses. If the additional vision benefits are optional supplemental benefits, they should not be included in the benefits chart; they should be described within Section 2.2.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Biểu tượng Apple. Thăm khám phòng ngừa Chào mừng quý vị đến với Medicare  Chương trình đài thọ một lần khám phòng ngừa **Chào mừng quý vị đến Medicare**. Chuyến thăm khám bao gồm việc xem xét sức khỏe của quý vị, cũng như giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng ngừa quý vị cần (bao gồm sàng lọc và chích ngừa nhất định), và giới thiệu chăm sóc khác nếu cần.  **Quan trọng:** Chúng tôi đài thọ cho lần thăm khám phòng ngừa **Chào mừng Quý vị đến Medicare** chỉ trong vòng 12 tháng đầu tiên mà quý vị có Medicare Phần B. Khi quý vị đặt lịch hẹn, hãy thông báo cho văn phòng bác sĩ của quý vị biết quý vị muốn xếp lịch thăm khám phòng ngừa **Chào mừng quý vị đến Medicare**. | Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho lần thăm khám phòng ngừa **Chào mừng quý vị đến với Medicare**. | |

#### Phần 2.2 Quyền lợi bổ sung thêm tùy chọn mà quý vị có thể mua

*[Include this section if you offer optional supplemental benefits in the plan and describe benefits below. Plans must explain how these benefits are different than what is covered under Medicaid and must indicate if any of the optional supplemental benefits are covered by Medicaid. You may include this section either in the EOC or as an insert to the EOC.]*

Chương trình của chúng tôi cung cấp một số quyền lợi bổ sung không được Original Medicare đài thọ và không được đưa vào trong gói quyền lợi của quý vị. Các quyền lợi bổ sung này được gọi là **Quyền lợi Bổ Sung Tùy Chọn**. Nếu quý vị muốn có các quyền lợi bổ sung tùy chọn này, quý vị phải đăng ký nhận chúng [*insert if applicable:* và quý vị có thể phải trả phí bảo hiểm bổ sung cho chúng]. Các quyền lợi bổ sung tùy chọn được mô tả trong [*insert as applicable:* phần này *OR* tài liệu phát kèm] phải tuân theo quá trình kháng nghị tương tự như bất kỳ quyền lợi nào khác.

*[Insert plan specific optional benefits, premiums, deductible, copays and coinsurance and rules using a chart like the Benefits Chart above. Insert plan specific procedures on how to elect optional supplemental coverage, including application process and effective dates and on how to discontinue optional supplemental coverage, including refund of premiums. Also insert any restrictions on members’ re-applying for optional supplemental coverage (e.g., must wait until next annual enrollment period).]*

#### Phần 2.3 Chăm sóc bằng cách sử dụng quyền lợi tùy chọn của Chương trình dành cho khách thăm quan/khách du lịch

[*If your plan offers a visitor/traveler program to members who are out of your service area, insert this section, adapting and expanding the following paragraphs as needed to describe the traveler benefits and rules related to receiving the out-of-area coverage. If you allow extended periods of enrollment out-of-area per the exception in 42 CFR 422.74(b)(4)(iii) (for more than six months up to 12 months) also explain that here based on the language suggested below.*

Nếu quý vị không chuyển đi hẳn, nhưng quý vị liên tục rời khỏi khu vực dịch vụ Chương trình của chúng tôi trong hơn sáu tháng, chúng tôi thường phải bỏ ghi danh quý vị khỏi Chương trình của chúng tôi. Tuy nhiên, chúng tôi cung cấp Chương trình khách tham quan/du lịch *[specify areas where the visitor/traveler program is being offered]*, cho phép quý vị vẫn ghi danh khi quý vị ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi dưới 12 tháng. Theo Chương trình khách thăm quan/khách du lịch của chúng tôi, quý vị có thể nhận được tất cả các dịch vụ được Chương trình đài thọ theo mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Vui lòng liên hệ với Chương trình để được hỗ trợ trong việc tìm một nhà cung cấp khi sử dụng quyền lợi của khách tham quan/khách du lịch.

Nếu quý vị đang ở trong khu vực khách thăm quan/du lịch, quý vị có thể duy trì ghi danh tham gia Chương trình của chúng tôi đến ngày 31 tháng Mười Hai, 2024. Nếu quý vị chưa quay lại khu vực dịch vụ của Chương trình trước ngày 31 tháng Mười Hai, 2024, quý vị sẽ bị bỏ ghi danh khỏi Chương trình.]

### PHẦN 3 Những dịch vụ nào được đài thọ bên ngoài *[insert plan name]*?

#### Phần 3.1 Dịch vụ *không* được đài thọ bởi *[insert plan name]*

*[Plans should use this section to include additional benefits covered outside the plan by Medicaid, as appropriate. Plans should modify as necessary to describe whether the benefits are available through fee-for-service Medicaid and/or a Medicaid managed care plan.]*

Các dịch vụ sau đây không được đài thọ *[insert plan name]* nhưng có sẵn thông qua Medicaid:

### PHẦN 4 Những dịch vụ nào không được đài thọ bởi [*insert as applicable:* Chương trình *OR* Medicare *OR* Medicaid]?

#### Phần 4.1 Dịch vụ không được [*insert as applicable:* Chương trình *OR* Medicare đài thọ] ([*insert if applicable:* Medicare] loại trừ) *OR* Medicaid

Phần này sẽ cho quý vị biết những dịch vụ nào bị [*insert if applicable:* Medicare] loại trừ.

Biểu dưới đây mô tả một số dịch vụ và vật dụng không được Chương trình [i*nsert as applicable: OR* Medicare *OR* Medicaid đài thọ] trong bất kỳ điều kiện nào hoặc được đài thọ bởi [i*nsert as applicable*: Chương trình *OR* Medicare *OR* Medicaid] chỉ trong những điều kiện cụ thể.

Nếu nhận được các dịch vụ bị loại trừ (không được đài thọ), quý vị phải tự trả tiền ngoại trừ theo các điều kiện cụ thể được liệt kê dưới đây. Ngay cả khi quý vị nhận được các dịch vụ bị loại trừ tại một cơ sở cấp cứu, các dịch vụ bị loại trừ vẫn không được đài thọ và Chương trình của chúng tôi sẽ không thanh toán cho họ. Ngoại lệ duy nhất là nếu dịch vụ được kháng nghị và quyết định khi kháng nghị là một dịch vụ y tế mà chúng tôi nên thanh toán hoặc được đài thọ vì tình hình cụ thể của quý vị. (Để biết thông tin về việc kháng nghị quyết định mà chúng tôi đã đưa ra để không đài thọ cho một dịch vụ y tế, hãy tới Chương 9, Phần 6.3 trong tài liệu này.)

*[The services listed in the chart are excluded from Original Medicare’s benefit package. If any services below are covered supplemental Medicare benefits, delete them from this list. If plans partially exclude services excluded by Medicare, they may revise the text accordingly to describe the extent of the exclusion. Plans may add parenthetical references to the Benefits Chart for descriptions of covered services/items as appropriate. Plans may reorder the below excluded services alphabetically, if they wish. Plans may also add exclusions as needed.*

*When Medicare exclusions are covered by the plan under Medicaid, plans should keep the item/service but modify language as needed to indicate that the benefits are covered by the plan under Medicaid.]*

| **Các dịch vụ không được Medicare đài thọ** | **Không được đài thọ dưới bất kỳ điều kiện nào** | **Chỉ được đài thọ trong những điều kiện cụ thể** |
| --- | --- | --- |
| Châm cứu |  | * Dành cho những người bị đau lưng mạn tính trong một số trường hợp nhất định. |
| Phẫu thuật hoặc thủ thuật thẩm mỹ |  | * Được đài thọ trong các trường hợp bị thương do tai nạn hoặc để cải thiện hoạt động của thành viên cơ thể bị dị dạng. * Được đài thọ cho tất cả các giai đoạn của việc tái tạo một vú sau khi phẫu thuật cắt bỏ vú, cũng như cho vú không bị ảnh hưởng để tạo ra một diện mạo đối xứng. |
| Chăm sóc giám sát  Chăm sóc giám sát là chăm sóc cá nhân không yêu cầu sự chăm sóc liên tục của nhân viên y tế hoặc y tế được huấn luyện, chẳng hạn như chăm sóc giúp quý vị với các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, chẳng hạn như tắm rửa hoặc mặc quần áo. | **Không được đài thọ dưới bất kỳ điều kiện nào** |  |
| Thủ thuật, thiết bị và thuốc y tế thí nghiệm và phẫu thuật.  Các thủ thuật và vật dụng thí nghiệm là những mặt hàng và thủ thuật được Original Medicare xác định là không được cộng đồng y tế chấp nhận chung. |  | * Có thể được Original Medicare đài thọ theo một nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt hoặc theo Chương trình của chúng tôi.   (Xem Chương 3, Phần 5 để biết thêm thông tin về nghiên cứu lâm sàng.) |
| Lệ phí chăm sóc bởi người thân ngay lập tức hoặc thành viên trong gia đình của quý vị. | **Không được đài thọ dưới bất kỳ điều kiện nào** |  |
| Chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà quý vị. | **Không được đài thọ dưới bất kỳ điều kiện nào** |  |
| Bữa ăn giao đến nhà | **Không được đài thọ dưới bất kỳ điều kiện nào** |  |
| Các dịch vụ người nội trợ bao gồm sự hỗ trợ cơ bản của gia đình, chẳng hạn như làm vệ sinh nhẹ hoặc chuẩn bị bữa ăn nhẹ. | **Không được đài thọ dưới bất kỳ điều kiện nào** |  |
| Dịch vụ naturopath (sử dụng phương pháp điều trị tự nhiên hoặc thay thế). | **Không được đài thọ dưới bất kỳ điều kiện nào** |  |
| Chăm sóc nha khoa không định kỳ |  | * Dịch vụ chăm sóc nha khoa cần thiết để điều trị bệnh hoặc chấn thương có thể được đài thọ theo dịch vụ chăm sóc nội trú hoặc ngoại trú. |
| Giày chỉnh hình hoặc thiết bị hỗ trợ cho bàn chân |  | * Giày dép là một phần của khung nẹp chân và được bao gồm trong chi phí của khung nẹp. Giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu cho những người mắc bệnh bàn chân do bệnh tiểu đường. |
| Đồ dùng cá nhân trong phòng của quý vị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chẳng hạn như điện thoại hoặc ti-vi. | **Không được đài thọ dưới bất kỳ điều kiện nào** |  |
| Phòng riêng trong bệnh viện. |  | * Chỉ được đài thọ khi cần thiết về mặt y tế. |
| Thủ thuật khôi phục khả năng sinh sản và/hoặc nguồn tiếp liệu tránh thai không kê toa. | **Không được đài thọ dưới bất kỳ điều kiện nào** |  |
| Chăm sóc chỉnh hình định kỳ |  | * Nắn chỉnh cột sống để điều chỉnh chệch cột sống được đài thọ. |
| Chăm sóc nha khoa thường xuyên, chẳng hạn như làm sạch, trám hoặc hàm răng giả. | **Không được đài thọ dưới bất kỳ điều kiện nào** |  |
| Khám mắt định kỳ, kính mắt, phẫu thuật keratotomy xuyên tâm, LASIK, và các thiết bị hỗ trợ thị lực thấp khác. |  | * Khám mắt và một cặp kính mắt (hoặc kính áp tròng) được che cho người sau khi phẫu thuật đục thủy tinh thể. |
| Chăm sóc chân định kỳ |  | * Một số bảo hiểm hạn chế được cung cấp theo hướng dẫn Medicare (ví dụ: nếu quý vị mắc bệnh tiểu đường). |
| Khám thính lực định kỳ, máy trợ thính, hoặc khám để thử thiết bị trợ thính. | **Không được đài thọ dưới bất kỳ điều kiện nào** |  |
| Các dịch vụ được coi là không hợp lý và cần thiết, theo tiêu chuẩn của Original Medicare | **Không được đài thọ dưới bất kỳ điều kiện nào** |  |

## CHƯƠNG 5: *Sử dụng bảo hiểm của Chương trình cho thuốc theo toa Phần D*

Dấu chấm hỏi. **Làm thế nào quý vị có thể nhận thông tin về chi phí thuốc** *[plans that are approved to exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits, omit the rest of this question]* **nếu quý vị nhận được "Hỗ trợ Bổ sung" với chi phí thuốc theo toa Phần D của quý vị?**

[*Plans that are approved to exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits insert this language:* Vì quý vị đủ điều kiện được hưởng Medicaid, quý vị đủ điều kiện và đang được Medicare "Hỗ trợ Bổ sung" để thanh toán cho các chi phí Chương trình thuốc theo toa của quý vị. Vì quý vị tham gia Chương trình "Hỗ trợ Bổ sung", **một số thông tin trong *Chứng từ Bảo hiểm này* về chi phí cho thuốc theo toa Phần D** [*insert as applicable:* **có thể không** *OR* **không**] **áp dụng cho quý vị.**] [*Other plans insert:*Hầu hết các thành viên của chúng tôi đủ điều kiện cho và đang nhận được "Hỗ trợ Bổ sung" từ Medicare để thanh toán cho các chi phí Chương trình thuốc theo toa của họ. Nếu quý vị đang ở trong Chương trình "Hỗ trợ Bổ sung", **một số** **thông tin trong *Chứng từ Bảo hiểm* này về chi phí cho thuốc theo toa Phần D** [*insert as applicable:* **có thể không** *OR* **không**] **áp dụng cho quý vị.**] *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* We [*insert as appropriate:* have included *OR* sent you] một phần kèm theo riêng, được gọi là *"Phụ Lục của Chứng Từ Bảo Hiểm dành cho Những Người Nhận "Hỗ Trợ Bổ Sung" Thanh Toán cho Thuốc Theo Toa"* (còn được gọi là "Phụ Lục về Trợ Cấp Thu Nhập Thấp" hoặc "Phụ Lục LIS"), cho quý vị biết về chi phí cho thuốc của mình. Nếu quý vị không có tờ thông tin này, vui lòng gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên và yêu cầu Điều khoản Bổ sung LIS. (Số điện thoại cho Dịch vụ Thành viên được in ở bìa sau của tài liệu này.)

### PHẦN 1 Giới thiệu

Chương này **giải thích các quy tắc sử dụng bảo hiểm của quý vị đối với thuốc Phần D**. Vui lòng xem Chương 4 để biết các quyền lợi thuốc Medicare Phần B và các quyền lợi thuốc cuối đời.

Ngoài các thuốc được Medicare đài thọ, một số thuốc theo toa được đài thọ cho quý vị theo các quyền lợi Medicaid của quý vị. [*Insert as appropriate:* "Danh sách Thuốc" cho quý vị biết cách tìm hiểu về bảo hiểm thuốc Medicaid của quý vị. *OR* *[Insert language about where member can learn about Medicaid drug coverage].*]

#### Phần 1.1 Các quy tắc cơ bản cho bảo hiểm thuốc Phần D của Chương trình

Chương trình thường sẽ bảo hiểm cho thuốc của quý vị miễn là quý vị tuân theo các quy tắc cơ bản sau:

* Quý vị phải có nhà cung cấp (bác sĩ, nha sĩ, hoặc bác sĩ kê đơn khác) viết cho quý vị một toa thuốc phải có hiệu lực theo luật hiện hành của tiểu bang.
* Bác sĩ kê toa của quý vị không được có trong Danh sách Loại trừ hoặc Ngăn ngừa Của Medicare.
* Thông thường quý vị phải sử dụng một hiệu thuốc trong mạng lưới để lấy thuốc kê toa của mình. (Xem Phần 2, *Mua* *đơn thuốc của quý vị tại một hiệu thuốc trong mạng lưới* [*insert if applicable:* *or through the plan’s mail-order service*]).
* Thuốc của quý vị phải nằm trong *Danh sách Thuốc được đài thọ (Danh mục thuốc*) của Chương trình (Danh sách thuốc) (chúng tôi gọi nó là "Danh sách Thuốc" trong ngắn hạn). (Xem Phần 3, *Thuốc của quý vị cần phải có trong "Danh sách thuốc" của Chương trình*).
* Thuốc của quý vị phải được dùng cho các chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. "Chỉ định được chấp nhận về y tế" là việc sử dụng một loại thuốc được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm phê duyệt hoặc được hỗ trợ bởi một số sách tham khảo nhất định. (Xem Phần 3 để biết thêm thông tin về chỉ định được y tế chấp nhận.)

### PHẦN 2 Mua thuốc theo toa quý vị tại một hiệu thuốc trong mạng lưới [*insert if applicable:* hoặc thông qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện của Chương trình]

#### Phần 2.1 Sử dụng hiệu thuốc trong mạng lưới

Trong hầu hết các trường hợp, thuốc kê toa của quý vị *chỉ* được đài thọ nếu chúng được mua tại các nhà thuốc trong mạng lưới của Chương trình. (Xem Phần 2.5 để biết thông tin về thời điểm chúng tôi sẽ chi trả các thuốc theo toa mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới.)

Hiệu thuốc trong mạng lưới là nhà thuốc có hợp đồng với Chương trình cung cấp thuốc theo toa được bảo hiểm của quý vị. Thuật ngữ thuốc được đài thọ có nghĩa là tất cả các thuốc theo toa Phần D nằm trong "Danh sách Thuốc" của Chương trình.

#### Phần 2.2 Nhà thuốc trong Mạng lưới

Làm thế nào để quý vị tìm một hiệu thuốc trong mạng lưới trong khu vực của quý vị?

Để tìm một hiệu thuốc trong mạng lưới, quý vị có thể xem trong *Danh mục Nhà thuốc* của mình, truy cập trang web của chúng tôi (*[insert URL]* ),, và/hoặc gọi Dịch vụ Thành viên.

Quý vị có thể đến bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi. [*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in its network:* Một số nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi cung cấp chia sẻ chi phí ưu tiên, có thể thấp hơn mức chia sẻ chi phí tại một hiệu thuốc cung cấp chia sẻ chi phí tiêu chuẩn. *Danh mục Nhà thuốc* sẽ cho quý vị biết các nhà thuốc nào trong mạng lưới cung cấp chia sẻ chi phí ưu tiên. Liên hệ với chúng tôi để tìm hiểu thêm về cách mà chi phí tự trả có thể khác nhau đối với các loại thuốc khác nhau ra sao.]

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

Nếu nhà thuốc quý vị đã và đang sử dụng rời khỏi mạng lưới của Chương trình, quý vị sẽ phải tìm một hiệu thuốc mới trong mạng lưới. [*Insert if applicable:* Hoặc nếu hiệu thuốc quý vị đã sử dụng nằm trong mạng lưới nhưng không còn cung cấp chia sẻ chi phí ưu tiên, quý vị có thể muốn chuyển sang một mạng lưới khác hoặc nhà thuốc ưu tiên, nếu có.] Để tìm một hiệu thuốc khác trong khu vực của quý vị, quý vị có thể nhận trợ giúp từ Dịch Vụ Thành Viên hoặc sử dụng *Danh mục Nhà thuốc*. [*Insert if applicable:* Quý vị cũng có thể tìm thông tin trên trang web của chúng tôi *[insert website address].*]

Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị cần một hiệu thuốc chuyên dụng?

Một số loại thuốc theo toa phải được mua tại một hiệu thuốc chuyên dụng. Nhà thuốc chuyên khoa bao gồm:

* Các nhà thuốc cung cấp thuốc để điều trị truyền dịch tại nhà. *[Plans may insert additional information about home infusion pharmacy services in the plan’s network.]*
* Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho người dân của một cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC). Thông thường, một cơ sở LTC (như cơ sở điều dưỡng) có hiệu thuốc riêng của mình. Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào khi tiếp cận các quyền lợi Phần D của quý vị trong một cơ sở LTC, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Thành viên. *[Plans may insert additional information about LTC pharmacy services in the plan’s network.]*
* Các nhà thuốc phục vụ Indian Health Service/ Tribal / Urban Indian Health Program (không có ở Puerto Rico). Ngoại trừ trường hợp cấp cứu, chỉ có người Mỹ bản địa hoặc người bản địa Alaska được tiếp cận các nhà thuốc này trong mạng lưới của chúng tôi. *[Plans may insert additional information about I/T/U pharmacy services in the plan’s network.]*
* Các nhà thuốc phân phối những thuốc bị FDA cấm ở một số địa điểm nhất định hoặc yêu cầu xử lý đặc biệt, sự phối hợp hoặc hướng dẫn của nhà cung cấp về việc sử dụng các thuốc đó. (**Lưu ý:** Trường hợp này hiếm khi xảy ra.)

Để xác định vị trí một hiệu thuốc chuyên dụng, hãy nhìn trong *Danh mục Nhà thuốc* của quý vị hoặc gọi Dịch vụ Thành viên.

#### Phần 2.3 Sử dụng dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của Chương trình

*[Omit if the plan does not offer mail-order services.]*

[*Include the following information only if your mail-order service is limited to a subset of all formulary drugs, adapting terminology as needed:* Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện trong mạng lưới của Chương trình. Nói chung, các loại thuốc được cung cấp thông qua đặt hàng chuyển qua đường bưu điện là các loại thuốc mà quý vị sử dụng thường xuyên, cho một bệnh trạng mạn tính hoặc dài hạn. [*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary:* Các loại thuốc được đánh dấu **thuốc gửi qua đường bưu điện** trong "Danh sách Thuốc" của chúng tôi] [*Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary:* Các loại thuốc *không* có sẵn thông qua dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của Chương trình được đánh dấu bằng dấu sao trong "Danh sách thuốc" của chúng tôi]]

Dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của Chương trình của chúng tôi[*insert either:* allows *OR* requires]: quý vị đặt hàng [*insert either*: ***ít nhất* một lượng thuốc [XX] -ngày và *không quá* một lượng thuốc [XX]-ngày***OR* **tối đa nguồn tiếp liệu [XX]-ngày**] *OR* **nguồn cung cấp [XX]-ngày**].

*[Plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost sharing may add language to describe both types of cost sharing.]*

Để nhận các mẫu [*insert if applicable:* đơn hàng và] thông tin về việc mua thuốc theo toa của quý vị qua đường bưu điện *[insert instructions]*.

Thông thường, một đơn đặt hàng qua đường bưu điện sẽ được gửi đến quý vị trong không quá [XX] ngày. *[Insert plan’s process for members to get a prescription if the mail order is delayed.]*

*[Sponsors should provide the appropriate information below from the following options, based on i) whether the sponsor will automatically process new prescriptions consistent with the policy described in the December 12, 2013 HPMS memo and 2016 Final Call Letter; and ii) whether the sponsor offers an optional automatic refill program consistent with policy described in the 2020 Final Call Letter. Sponsors who provide automatic delivery through retail or other non-mail order means have the option to either add or replace the word: ship with deliver, as appropriate.]*

*[For new prescriptions received directly from health care providers, insert one of the following two options.]*

[***Option 1:*** *Sponsors that* ***do not*** *automatically process new prescriptions from provider offices, insert the following:*

**Thuốc theo toa mới nhà thuốc nhận trực tiếp từ phòng mạch bác sĩ của quý vị**.   
Sau khi nhà thuốc nhận được toa thuốc từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, họ sẽ liên hệ với quý vị để xem quý vị có muốn mua thuốc ngay lập tức hoặc vào lúc khác hay không. Điều quan trọng là quý vị trả lời mỗi khi nhà thuốc liên lạc với quý vị, để cho họ biết có nên gửi, trì hoãn hoặc ngừng toa thuốc mới hay không.]

[***Option 2:*** *Sponsors that* ***do*** *automatically process new prescriptions from provider offices, insert the following:*

**Thuốc theo toa mới nhà thuốc nhận trực tiếp từ phòng mạch bác sĩ của quý vị.**  
Hiệu thuốc sẽ tự động bán và cung cấp các toa thuốc mới mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhận được mà không cần kiểm tra với quý vị trước, nếu một trong hai:

* Quý vị đã sử dụng các dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện với Chương trình này trong quá khứ, hoặc
* Quý vị đăng ký giao hàng tự động tất cả thuốc theo toa mới nhận được trực tiếp từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể yêu cầu giao hàng tự động tất cả thuốc theo toa mới bất kỳ lúc nào bằng cách *[insert instructions]*.

Nếu quý vị tự động nhận ược thuốc theo toa qua đường bưu điện mà quý vị không muốn, và quý vị đã không được liên lạc để xem quý vị có muốn thuốc đó trước khi nó được gửi đi hay không, quý vị có thể đủ điều kiện để được hoàn tiền.

Nếu quý vị đã sử dụng đơn đặt hàng qua đường bưu điện trước đây và không muốn hiệu thuốc tự động chuẩn bị và gửi mỗi toa thuốc mới, vui lòng liên hệ với chúng tôi qua *[insert instructions]*.

Nếu quý vị chưa bao giờ sử dụng dịch vụ giao hàng qua đường bưu điện và/hoặc quyết định dừng mua thuốc theo toa tự động, hiệu thuốc sẽ liên lạc với quý vị mỗi khi nhận được toa thuốc mới từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xem liệu quý vị có muốn thuốc được cấp và gửi ngay lập tức hay không. Điều quan trọng là quý vị trả lời mỗi khi nhà thuốc liên lạc với quý vị, để cho họ biết có nên gửi, trì hoãn hoặc ngừng toa thuốc mới hay không.

*[For refill prescriptions, insert one of the following two options.]*

[***Option 1:*** *Sponsors that* ***do not*** *offer a program that automatically processes refills, insert the following:*

**Mua thêm thuốc theo toa đặt mua qua đường bưu điện.** Để mua thêm thuốc, vui lòng liên hệ với hiệu thuốc của quý vị *[insert recommended number of days]*ngày trước khi thuốc theo toa hiện tại của quý vị hết để đảm bảo đơn tiếp theo của quý vị được gửi đúng hạn.]

[***Option 2:*** *Sponsors that* ***do*** *offer a program that automatically processes refills, insert the following:*

**Mua thêm thuốc theo toa đặt mua qua đường bưu điện.** Để mua thêm thuốc của quý vị, quý vị có tùy chọn đăng ký Chương trình mua thêm tự động [*optional:* gọi là *[insert name of auto-refill program]*]*.* Theo Chương trình này, chúng tôi sẽ bắt đầu xử lý việc mua thêm tiếp theo của quý vị tự động khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy rằng quý vị gần hết thuốc. Nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị trước khi gửi mỗi lần mua thêm để đảm bảo rằng quý vị cần thêm thuốc và quý vị có thể hủy mua 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 của chúng tôi mà vẫn muốn nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện gửi toa thuốc cho quý vị, vui lòng liên hệ với hiệu thuốc của quý vị *[insert recommended number of days]*ngày trước khi thuốc theo toa hiện tại của quý vị hết. Điều này sẽ đảm bảo đơn hàng của quý vị được gửi đến quý vị kịp thời.

Để chọn không tham gia Chương trình của chúng tôi [*optional:* insert name of auto-refill program instead of: our program] tự động chuẩn bị đặt hàng qua đường bưu điện, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo *[insert instructions]*.]

Nếu quý vị nhận được hoàn tiền tự động qua đường bưu điện mà quý vị không muốn, quý vị có thể đủ điều kiện để được hoàn tiền.

#### Phần 2.4 Làm thế nào quý vị có thể nhận được lượng tiếp liệu thuốc dài hạn?

*[Plans that do not offer extended-day supplies: Delete Section 2.4.]*

[*Insert if applicable:* Khi quý vị nhận được nguồn cung cấp thuốc dài hạn, mức chia sẻ chi phí của quý vị có thể thấp hơn.] Chương trình cung cấp [*insert as appropriate:* một cách *OR* hai cách] để nhận được nguồn cung ứng dài hạn (còn gọi là nguồn cung ứng mở rộng) các loại thuốc duy trì trong "Danh sách thuốc" của Chương trình chúng tôi. (Thuốc duy trì là các loại thuốc quý vị sử dụng thường xuyên, đối với bệnh trạng mạn tính hoặc dài hạn.)

1. [*Insert if applicable:* Một số nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới của chúng tôi cho phép quý vị nhận được một lượng thuốc duy trì dài hạn [*insert if applicable:* (trong đó cung cấp chia sẻ chi phí ưu tiên)] ở mức chia sẻ chi phí [*insert as appropriate:* thấp hơn OR đặt qua đường bưu điện].] [*Insert if applicable:* Các nhà thuốc bán lẻ khác có thể không đồng ý với số tiền chia sẻ chi phí [*insert as appropriate:* thấp hơn *OR* theo đơn đặt hàng qua đường bưu điện]. Trong trường hợp này quý vị sẽ chịu trách nhiệm về chênh lệch giá.] *Danh* *mục nhà thuốc* của quý vị cho quý vị biết những nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị nguồn cung cấp Thuốc duy trì dài hạn. Quý vị cũng có thể gọi cho Ban Dịch Vụ Thành viên để biết thêm thông tin
2. *[Delete if plan does not offer mail-order service.]* Quý vị cũng có thể nhận thuốc duy trì thông qua Chương trình đặt hàng gửi 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 một hiệu thuốc không nằm trong mạng lưới của Chương trình?

Toa thuốc của quý vị có thể được đài thọ trong một số tình huống nhất định

Thông thường, chúng tôi đài thọ cho thuốc được mua tại hiệu thuốc ngoài mạng lưới *chỉ* khi quý vị không thể sử dụng một hiệu thuốc trong mạng lưới. [*Insert if applicable:* 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 như là một thành viên của Chương trình của chúng tôi.] **Vui lòng kiểm tra trước với Dịch Vụ Thành** **Viên** để xem liệu có hiệu thuốc trong mạng lưới ở gần hay không. Quý vị có nhiều khả năng sẽ phải thanh toán khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị thanh toán cho thuốc tại hiệu thuốc ngoài mạng lưới và chi phí chúng tôi sẽ chi trả tại một hiệu thuốc trong mạng lưới.

Đây là những trường hợp khi chúng tôi sẽ đài thọ thuốc theo toa được mua tại một hiệu thuốc ngoài mạng lưới:

*[Plans should insert a list of situations when they will cover prescriptions out of the network and any limits on their out-of-network policies (e.g., day supply limits, use of mail order during extended out of area travel, authorization or plan notification).]*

Quý vị yêu cầu bồi hoàn từ Chương trình như thế nào?

*[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits.]* Nếu quý vị phải sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị thường phải trả toàn bộ chi phí [*plans with cost sharing, insert:* (rather than your normal cost share)] tại thời điểm quý vị mua thuốc theo toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bồi hoàn cho quý vị [*plans with cost sharing, insert:* phần chia sẻ chi phí của chúng tôi]. (Chương 7, Phần 2 giải thích cách yêu cầu Chương trình trả lại tiền cho quý vị.)

### PHẦN 3 Thuốc của quý vị cần phải có trong "Danh sách Thuốc" của Chương trình

#### Phần 3.1 "Danh sách thuốc" sẽ cho biết loại thuốc Phần D nào được đài thọ

Chương trình có *Danh sách Thuốc được Đài thọ (Danh mục Thuốc).* Trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* này, **chúng tôi gọi nó là "Danh sách Thuốc" cho gọn**.

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

"Danh sách Thuốc" bao gồm các loại thuốc được medicare Phần D đài thọ. Ngoài các loại thuốc được Medicare đài thọ, một số thuốc theo toa được bảo hiểm cho quý vị theo các quyền lợi medicaid của quý vị. [*Insert as appropriate:* "Danh sách Thuốc" cho quý vị biết cách tìm hiểu về bảo hiểm thuốc Medicaid của quý vị. *OR* *[insert language about where member can learn about Medicaid drug coverage].*]

Chúng tôi thường sẽ đài thọ một loại thuốc vào "Danh sách thuốc" của Chương trình miễn là quý vị tuân theo các quy tắc bảo hiểm khác được giải thích trong Chương này và việc sử dụng thuốc là một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Chỉ định được chấp nhận về y tế là việc sử dụng một loại thuốc được:

* Được Chấp thuận bởi Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm để chẩn đoán hoặc tình trạng bệnh đang được chỉ định.
* *hoặc --* được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông tin Thuốc Nằm trong Danh mục Thuốc của Bệnh viện Mỹ và Hệ thống Thông tin DRUGDEX.

*[Plans that are not offering indication-based formulary design should delete this section]* Một số loại thuốc nhất định có thể được đài thọ cho một số bệnh trạng nhưng được coi là không nằm trong danh mục thuốc đối với các bệnh trạng khác. Các loại thuốc này sẽ được xác định trong "Danh sách Thuốc" của chúng tôi và trong Medicare Plan Finder, cùng với các tình trạng y tế cụ thể mà thuốc đó điều trị.

[*Insert either of the two sentences:* "Danh sách thuốc" bao gồm các loại thuốc chính hiệu và thuốc gốc." *OR* "Danh sách thuốc" bao gồm các loại thuốc chính hiệu, thuốc gốc, và các chất tương tự sinh học.]

Loại thuốc chính hiệu là thuốc theo toa được bán theo tên thương hiệu thuộc sở hữu của nhà sản xuất thuốc. Các loại thuốc chính hiệu phức tạp hơn các loại thuốc điển hình (ví dụ, các loại thuốc dựa trên protein) được gọi là sản phẩm sinh học. Trong "Danh sách thuốc", khi chúng tôi đề cập đến thuốc, điều này có thể có nghĩa là một loại thuốc hoặc sản phẩm sinh học.

Một loại thuốc gốc là một thuốc kê toa có cùng các thành phần hoạt tính như thuốc chính hiệu. [*Insert if applicable:* Vì các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc điển hình, thay vì có một dạng gốc, chúng có các lựa chọn thay thế được gọi là sinh học tương tự.] Nói chung, thuốc gốc [*Insert if applicable:*và sinh học tương tự] hoạt động giống như thuốc chính hiệu [*Insert if applicable*: hoặc sản phẩm sinh học] và thường có chi phí ít hơn. Có các sản phẩm thay thế thuốc gốc loại có sẵn cho nhiều loại thuốc chính hiệu [*Insert if applicable:* Có các lựa chọn tương tự sinh học cho một số sản phẩm sinh học].

[*Insert if applicable:*

Thuốc Không Kê Toa

Chương trình của chúng tôi cũng đài thọ một số loại thuốc không kê toa nhất định. Một số loại thuốc không kê toa ít tốn kém hơn so với thuốc theo toa và cũng có tác dụng tốt như vậy. Để biết thêm thông tin, hãy gọi Dịch vụ Thành viên.] *[Plans that offer both a Part C and Part D over the counter benefit should explain i) what can be purchased by each program, ii) what can be purchased by both programs, iii) the effects of using one program or the other.]*

Những gì *không* có trong "Danh sách thuốc?"

*[If the plan does not include Medicaid-covered drugs on the "Drug List," add information indicating that these drugs are not included and where the member can find this information.]*

Chương trình không đài thọ tất cả các thuốc theo toa.

* Trong một số trường hợp, luật không cho phép bất kỳ Chương trình Medicare nào chi trả một số loại thuốc nhất định (để biết thêm thông tin về điều này, xem Phần 7.1 trong Chương này).
* Trong những 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 một loại thuốc không nằm trong "Danh sách thuốc". Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 9.

#### Phần 3.2 Có *[insert number of tiers]* bậc chia sẻ chi phí đối với thuốc trong "Danh sách Thuốc"

*[Plans that do not use drug tiers should omit this section.]*

Mỗi loại thuốc trong "Danh sách thuốc" của Chương trình đều thuộc một trong *[insert number of tiers]* bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc chia sẻ chi phí cao hơn thì chi phí cho thuốc của quý vị cũng cao hơn:

* *[Plans should briefly describe each tier (e.g., Cost-Sharing Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]*

Để tìm hiểu xem thuốc của quý vị có mức chia sẻ chi phí nào, hãy tìm hiểu trong "Danh sách Thuốc" của Chương trình.

Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc ở mỗi bậc chia sẻ chi phí được thể hiện trong Chương 6 *(Quý vị trả những gì cho thuốc theo toa Phần D của mình)*.

#### Phần 3.3 Làm thế nào quý vị có thể tìm hiểu xem liệu một loại thuốc cụ thể có nằm trong "Danh sách Thuốc hay không?"

Quý vị có *[insert number]* cách để tìm hiểu:

1. Kiểm tra "Danh sách thuốc" gần đây nhất mà chúng tôi [[*insert*: đã gửi cho quý vị qua đường bưu điện] OR [*insert*: được cung cấp theo phương thức điện tử]]. [*Insert if applicable:* (Xin lưu ý: "Danh sách thuốc" chúng tôi cung cấp bao gồm thông tin về các loại thuốc được đài thọ thường được sử dụng nhất bởi các thành viên của chúng tôi. Tuy nhiên, chúng tôi đài thọ các loại thuốc bổ sung không được bao gồm trong "Danh sách thuốc" được cung cấp. Nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được liệt kê trong "Danh sách thuốc", quý vị nên truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên hệ với Dịch vụ Thành viên để tìm hiểu xem chúng tôi có đài thọ cho thuốc hay không.)]
2. Truy cập trang web của Chương trình *([insert URL])*. "Danh sách thuốc" trên trang web luôn là mới nhất.
3. Gọi cho Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu xem liệu một loại thuốc cụ thể có nằm trong "Danh sách thuốc" của Chương trình hay không hoặc yêu cầu một bản sao danh sách.
4. Sử dụng "Công cụ Phúc Lợi Tức thời" của Chương trình (*[insert URL]* hoặc gọi Dịch vụ Thành viên). Với công cụ này, quý vị có thể tìm kiếm các loại thuốc trên "Danh sách thuốc" để xem ước tính số tiền quý vị sẽ chi trả và nếu có các loại thuốc thay thế trong "Danh sách Thuốc" có thể điều trị cùng bệnh trạng. *[Plans may insert additional information about the Real-Time Benefit Tool such as rewards and incentives which may be offered to enrollees who use the "Real-Time Benefit Tool."]*
5. *[Plans may insert additional ways to find out if a drug is on the "Drug List."]*

### PHẦN 4 Có giới hạn về bảo hiểm cho một số loại thuốc

#### Phần 4.1 Tại sao một số loại thuốc có hạn chế?

Đối với một số loại thuốc theo toa nhất định, các quy tắc đặc biệt giới hạn cách dùng và thời điểm Chương trình đài thọ cho thuốc. Một nhóm bác sĩ và dược sĩ đã phát triển các quy tắc này để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng thuốc một cách hiệu quả nhất. Để tìm hiểu xem liệu bất kỳ giới hạn nào trong những giới hạn này có áp dụng cho một loại thuốc quý vị sử dụng hoặc muốn sử dụng hay không, hãy kiểm tra "Danh sách thuốc". Nếu một loại thuốc an toàn, chi phí thấp hơn có tác dụng y tế như một loại thuốc có chi phí cao hơn, các quy tắc của Chương trình được thiết kế để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng lựa chọn giá rẻ hơn đó.

Xin lưu ý rằng đôi khi một loại thuốc có thể xuất hiện nhiều lần trong "Danh sách thuốc" của chúng tôi. Điều này là bởi vì cùng một loại thuốc có thể khác nhau dựa trên sức mạnh, lượng hoặc hình thức thuốc quy định bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, và các hạn chế hoặc chia sẻ chi phí khác nhau có thể áp dụng cho các phiên bản khác nhau của thuốc (ví dụ: 10 mg và 100 mg; một lần một ngày và hai lần một ngày; dạng viên và dạng lỏng).

#### Phần 4.2 Những loại hạn chế nào?

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

**Nếu có sự hạn chế đối với thuốc của quý vị, điều đó thường có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ phải thực hiện các bước bổ sung để chúng tôi trả tiền cho thuốc.** Liên lạc với Ban Dịch vụ Thành viên để tìm hiểu xem quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ cần làm gì để nhận bảo hiểm cho thuốc. Nếu quý vị muốn chúng tôi miễn trừ giới hạn đối với quý vị, quý vị sẽ cần phải sử dụng quy trình ra quyết định về bảo hiểm và yêu cầu chúng tôi cho một ngoại lệ. Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý bãi bỏ hạn chế đó đối với quý vị. (Xem Chương 9)

*[Plans should include only the forms of utilization management used by the plan.]*

Hạn chế thuốc chính hiệu [*insert as applicable:* hay sản phầm sinh học gốc] khi một phiên bản gốc [*Insert as applicable:* hay tương tự sinh học có thể hoán đối] sẵn có

Nói chung, một loại thuốc **gốc** [*Insert as applicable: or interchangeable biosimilar]* hoạt động giống như một loại thuốc chính hiệu [*Insert as applicable: or original biological product]* và thường tốn ít hơn. [*Insert as applicable:* **Trong hầu hết các trường hợp, khi** *OR* **Khi**] **một phiên bản gốc** [*Insert as applicable:* ***hoặc tương tự sinh học có thể hoán đối****]* **của một thuốc chính hiệu** [*Insert as applicable:* ***hay sản phẩm sinh học gốc****]]* **sẵn có, các hiệu thuốc trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị phiên bản gốc** [*Insert as applicable:* ***hay tương tự sinh học có thể hoán đổi****]* **thay cho thuốc chính hiệu**[*Insert as applicable:* ***hoặc sản phẩm sinh học gốc****]]*. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp của quý vị [*insert as applicable:* cho chúng tôi biết lý do y tế mà thuốc gốc [*insert as applicable:* hay tương tự sinh học có thể hoán đổi] sẽ không có công dụng với quý vị *OR* đã viết "Không thay thế" trên đơn thuốc cho một thuốc chính hiệu [*Insert as applicable:* hay sản phẩm sinh học gốc] *OR* cho chúng tôi biết lý do y tế mà cả thuốc gốc [*insert as applicable:* tương tự sinh học có thể hoán đổi,] hay các thuốc được đài thọ khác để điều trị cùng tình trạng bệnh đều không có công dụng với quý vị], thì chúng tôi sẽ đài thọ thuốc chính hiệu [*Insert as applicable*: hay sản phẩm sinh học gốc]. (Phần chia sẻ chi phí của quý vị có thể lớn hơn đối với thuốc chính hiệu [*insert as applicable:* hay sản phẩm sinh học gốc] so với thuốc gốc [*insert as applicable:* hay tương tự sinh học có thể hoán đổi].)

Nhận phê duyệt trước của Chương trình

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cần được chấp thuận từ Chương trình trước khi chúng tôi đồng ý đài thọ cho thuốc cho quý vị. Đây gọi là **cho phép trước**. Điều này được đưa ra để đảm bảo an toàn thuốc và giúp hướng dẫn sử dụng thích hợp của một số loại thuốc. Nếu quý vị không được chấp thuận, thuốc của quý vị có thể không được Chương trình đài thọ.

Thử một loại thuốc khác trước

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

Giới hạn số lượng

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

### PHẦN 5 Điều gì sẽ xảy ra nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được đài thọ theo cách quý vị muốn được đài thọ?

#### Phần 5.1 Có những điều quý vị có thể làm nếu thuốc của quý vị không được đài thọ theo cách quý vị muốn được đài thọ

Có những tình huống mà có một loại thuốc theo toa quý vị đang dùng, hoặc loại thuốc mà quý vị và nhà cung cấp của quý vị nghĩ rằng quý vị nên dùng, không nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi hoặc nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi có những hạn chế. Ví dụ:

* Thuốc có thể không được đài thọ. Hoặc có thể một phiên bản gốc của thuốc được bảo hiểm nhưng phiên bản tên thương hiệu quý vị muốn dùng không được bảo hiểm.
* Thuốc được đài thọ, nhưng có các quy tắc hoặc giới hạn bổ sung về bảo hiểm cho loại thuốc đó, như được giải thích trong Phần 4.
* *[Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions.]* Thuốc được đài thọ, nhưng nó ở một bậc chia sẻ chi phí làm cho việc chia sẻ chi phí của quý vị tốn kém hơn quý vị nghĩ.
* Có những việc quý vị có thể làm nếu thuốc của quý vị không được đài thọ theo cách quý vị muốn thuốc được đài thọ.
* Nếu thuốc của quý vị không nằm trong "Danh sách Thuốc" hoặc nếu thuốc của quý vị bị hạn chế, hãy đến Phần 5.2 để tìm hiểu quý vị có thể làm gì.
* *[Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions.]* Nếu thuốc của quý vị nằm trong bậc chia sẻ chi phí làm cho chi phí của quý vị đắt hơn quý vị nghĩ, hãy đi tới Phần 5.3 để tìm hiểu quý vị có thể làm gì.

#### Phần 5.2 Quý vị có thể làm gì nếu thuốc của quý vị không nằm trong "Danh sách thuốc" hoặc nếu thuốc bị hạn chế theo một cách nào đó?

Nếu thuốc của quý vị không nằm trong "Danh sách thuốc" hoặc bị hạn chế, đây là các lựa chọn:

* Quý vị có thể nhận được thuốc tạm thời.
* Quý vị có thể đổi thành một loại thuốc khác.
* Quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ và yêu cầu Chương trình đài thọ thuốc hoặc loại bỏ những hạn chế từ thuốc.

Quý vị có thể nhận được nguồn cung cấp tạm thời

Trong một số trường hợp nhất định, Chương trình phải cung cấp tiếp liệu tạm thời của thuốc mà quý vị đang dùng. Nguồn cung cấp tạm thời này giúp quý vị có thời gian nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị về sự thay đổi về bảo hiểm và quyết định phải làm gì.

Để đủ điều kiện nhận tiếp liệu tạm thời, loại thuốc quý vị đã dùng **phải không còn nằm trong "Danh sách Thuốc " của Chương trình hoặc hiện bị hạn chế theo một cách nào đó.**

* **Nếu quý vị là thành viên mới,** chúng tôi sẽ bảo hiểm cho việc cung cấp tạm thời thuốc của quý vị ***[insert time period (must be at least 90 days)]*** đầu tham gia Chương trình**.**
* **Nếu quý vị tham gia Chương trình năm ngoái,** chúng tôi sẽ bảo hiểm cho việc cung cấp tạm thời thuốc của quývị trong **[*insert time period (must be at least 90 days*)]** đầu của năm dương lịch.
* Nguồn tiếp liệu tạm thời này sẽ có tối đa *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]*. Nếu toa thuốc của quý vị được cho số ngày ít hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua thuốc nhiều lần lên tới tối đa *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]* thuốc. Thuốc theo toa phải được mua tại một hiệu thuốc trong mạng lưới. (Xin lưu ý rằng nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc với số lượng nhỏ hơn tại một thời điểm để phòng ngừa lãng phí.)
* **Đối với những thành viên đã tham gia Chương trình hơn *[insert time period (must be at least 90 days)]* và cư trú tại một cơ sở chăm sóc dài hạn và cần được cung cấp ngay lập tức:**

Chúng tôi sẽ đài thọ tiếp liệu *[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)]* khẩn cấp của một loại thuốc cụ thể, hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị được viết cho ít ngày hơn. Đây là ngoài các nguồn cung cấp tạm thời trên.

* *[If applicable: Plans must insert their transition policy for current members with level of care changes.]*

Nếu quý vị có thắc mắc về nguồn cung tạm thời, hãy gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên.

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

1) Quý vị có thể đổi qua một loại thuốc khác

Nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị về việc liệu có một loại thuốc khác được Chương trình bảo hiểm có thể có cùng tác dụng với quý vị hay không. Quý vị có thể gọi dịch vụ thành viên để yêu cầu danh sách thuốc được đài thọ để điều trị cùng bệnh trạng. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp dịch vụ của quý vị tìm được thuốc được bảo hiểm có thể có hiệu quả với quý vị.

2) Quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu Chương trình cho một ngoại lệ và đài thọ cho thuốc theo cách quý vị muốn được đài thọ. Nếu nhà cung cấp của quý vị nói rằng quý vị có lý do y tế để biện minh cho việc đề nghị chúng tôi cho một ngoại lệ, nhà cung cấp của quý vị có thể giúp quý vị yêu cầu một ngoại lệ. Ví dụ, quý vị có thể yêu cầu Chương trình đài thọ cho một loại thuốc mặc dù thuốc không nằm trong "Danh sách Thuốc" của Chương trình. Hoặc quý vị có thể yêu cầu Chương trình đặt ngoại lệ và đài thọ thuốc mà không bị hạn chế.

*[Plans may omit the following paragraph if they do not have an advance transition process for current members.]* Nếu quý vị là thành viên hiện tại và một loại thuốc quý vị đang dùng sẽ bị loại bỏ khỏi danh mục thuốc hoặc bị hạn chế trong một số trường hợp trong năm tới, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về bất kỳ thay đổi nào trước năm mới. Quý vị có thể đề nghị một ngoại lệ trước năm tới và chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị (hoặc tuyên bố hỗ trợ của bác sĩ kê đơn của quý vị). Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cho phép bảo hiểm trước khi thay đổi có hiệu lực.

Nếu quý vị và nhà cung cấp của quý vị muốn yêu cầu một ngoại lệ, Chương 9, Phần 7.4 cho quý vị biết phải làm gì. Phần này giải thích các thủ tục và hạn chót mà Medicare đặt ra để đảm bảo yêu cầu của quý vị được xử lý kịp thời và công bằng.

#### Phần 5.3 Quý vị có thể làm gì nếu thuốc của quý vị nằm trong bậc chia sẻ chi phí mà quý vị cho là quá cao? *[Các Chương trình có cấu trúc danh mục thuốc (ví dụ: không có bậc hoặc đồng bảo hiểm tiêu chuẩn được xác định trên tất cả các bậc) không cho phép ngoại lệ về bậc: bỏ qua và tới Phần 5.3]*

Nếu thuốc của quý vị nằm trong bậc chia sẻ chi phí mà quý vị cho là quá cao, đây là những việc quý vị có thể làm:

Quý vị có thể đổi thành thuốc khác

Nếu thuốc của quý vị nằm trong bậc chia sẻ chi phí mà quý vị cho là quá cao, hãy nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị. Có thể có một loại thuốc khác trong mức chia sẻ chi phí thấp hơn có thể có cùng tác dụng cho quý vị. Gọi cho Dịch Vụ Thành Viên để yêu cầu danh sách thuốc được đài thọ để điều trị cùng bệnh trạng. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp dịch vụ của quý vị tìm được thuốc được bảo hiểm có thể có hiệu quả với quý vị.

Quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu Chương trình đặt ngoại lệ trong bậc chia sẻ chi phí cho thuốc để quý vị trả ít hơn cho thuốc. Nếu nhà cung cấp của quý vị nói rằng quý vị có lý do y tế để biện minh cho việc đề nghị chúng tôi cho một ngoại lệ, nhà cung cấp của quý vị có thể giúp quý vị yêu cầu một ngoại lệ đối với quy tắc.

Nếu quý vị và nhà cung cấp của quý vị muốn yêu cầu một ngoại lệ, Chương 9, Phần 7.4 cho biết phải làm gì. Phần này giải thích các thủ tục và hạn chót mà Medicare đặt ra để đảm bảo yêu cầu của quý vị được xử lý kịp thời và công bằng.

[*Insert if the plan designated one of its tiers as a specialty tier for unique/high-cost drugs and is exempting that tier from the exceptions process:* Thuốc trong *[insert tier number and name of the tier designated as the specialty tier]* của chúng tôi không đủ điều kiện cho loại ngoại lệ này. Chúng tôi không giảm số tiền chia sẻ chi phí cho thuốc trong bậc này.]

[*Insert if the plan* *designated two of its tiers as specialty tiers, such that one of the specialty tiers is a preferred specialty tier with lower cost sharing relative to the other specialty tier and is exempting both of those tiers from the exceptions process to lower (non-specialty) tiers*: Thuốc trong [*insert tier number and name of tier designated as the higher cost-sharing specialty tier*] của chúng tôi đủ điều kiện cho kiểu ngoại lệ này đối với [*insert tier number and name of the tier designated as the preferred specialty tier*]. Tuy nhiên, các loại thuốc trong [*insert tier numbers and names of two tiers designated as specialty tiers*] của chúng tôi không đủ điều kiện cho loại ngoại lệ này đối với [*insert tier numbers and names of the non-specialty tiers below the tiers designated as specialty tiers*].

### PHẦN 6 Điều gì sẽ xảy ra nếu bảo hiểm của quý vị thay đổi cho một trong các loại thuốc của quý vị?

#### Phần 6.1 "Danh sách thuốc" có thể thay đổi trong năm

Hầu hết các thay đổi về bảo hiểm thuốc xảy ra vào đầu mỗi năm (ngày 1 tháng Một). Tuy nhiên, trong năm, Chương trình có thể thực hiện một số thay đổi đối với "Danh sách thuốc". Ví dụ: Chương trình có thể:

* **Thêm hoặc loại bỏ thuốc khỏi "Danh sách thuốc."**
* *[Plans that do not use tiers may omit]* **Chuyển thuốc sang bậc chia sẻ chi phí cao hơn hoặc thấp hơn.**
* **Thêm hoặc loại bỏ giới hạn bảo hiểm cho thuốc**.
* **Thay thế một loại thuốc chính hiệu bằng** **phiên bản gốc của thuốc.**
* [*Insert as applicable:* Thay thế một sản phẩm sinh học gốc bằng phiên bản tương tự sinh học có thể hoán đổi của sản phẩm sinh học.]

Chúng tôi phải tuân theo các yêu cầu của Medicare trước khi thay đổi "Danh sách Thuốc" của Chương trình.

#### Phần 6.2 Điều gì sẽ xảy ra nếu bảo hiểm thay đổi cho loại thuốc quý vị đang dùng?

Thông tin về những thay đổi về bảo hiểm thuốc

Khi những thay đổi đối với "Danh sách thuốc" xảy ra, chúng tôi đăng thông tin trên trang web của chúng tôi về những thay đổi. Chúng tôi cũng cập nhật trực tuyến "Danh sách thuốc" thường xuyên. Dưới đây chúng tôi chỉ ra những thời điểm quý vị nhận được thông báo trực tiếp nếu có thay đổi đối với một loại thuốc quý vị đang dùng.

Những thay đổi đối với bảo hiểm thuốc của quý vị ảnh hưởng đến quý vị trong năm Chương trình hiện tại

*[Plan sponsors that otherwise meet all requirements and want the option to immediately replace brand name drugs with their new generic equivalents should insert A directly below and insert a clause on generics not new to market in the section on Other changes to the "Drug List." Plan sponsors that will not be using the option to make immediate substitutions of new generic drugs should insert B.]*

*[****A. Advance General Notice that plan sponsor may immediately substitute new generic drugs:*** *In order to immediately replace brand name drugs with new therapeutically equivalent generic drugs (or change the tiering or the restrictions, or both, applied to a brand name drug after adding a new generic drug), plan sponsors that otherwise meet the requirements must provide the following advance general notice of changes:*

* **Một loại thuốc gốc mới thay thế một loại thuốc chính hiệu vào "Danh sách thuốc" (hoặc chúng tôi thay đổi bậc chia sẻ chi phí hoặc thêm hạn chế mới cho thuốc chính hiệu hoặc cả hai)**
  + Chúng tôi có thể xóa ngay một loại thuốc chính hiệu khỏi "Danh sách thuốc" của mình nếu chúng tôi thay thế thuốc bằng phiên bản gốc mới được phê duyệt của cùng một loại thuốc. Thuốc gốc sẽ xuất hiện trên cùng một bậc chia sẻ chi phí hoặc thấp hơn và có cùng hạn chế hoặc ít hơn. Chúng tôi có thể quyết định giữ thuốc chính hiệu trong "Danh sách thuốc" của chúng tôi, nhưng ngay lập tức di chuyển nó đến một bậc chia sẻ chi phí cao hơn hoặc thêm những hạn chế mới hoặc cả hai khi chung mới được thêm vào.
  + Chúng tôi có thể không thông báo trước cho quý vị trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi đó—ngay cả khi quý vị đang sử dụng thuốc mang tên thương hiệu. Nếu quý vị đang dùng thuốc chính hiệu tại thời điểm chúng tôi thay đổi, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về (các) thay đổi cụ thể. Chúng tôi cũng sẽ cung cấp thông tin về các bước quý vị có thể thực hiện để yêu cầu trường hợp ngoại lệ đối với thuốc chính hiệu. Quý vị không thể nhận được thông báo này trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi.
  + Quý vị hoặc bác sĩ kê đơn của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đặt ngoại lệ và tiếp tục đài thọ thuốc chính hiệu cho quý vị. Để biết thông tin về cách yêu cầu ngoại lệ, hãy xem Chương 9.]

***[B. Information on generic substitutions for plan sponsors that will not be immediately substituting new generic drugs.*** *Plan sponsors that will not be making any immediate substitutions of new generic drugs should insert the following:*

* **Một loại thuốc gốc** **[***Insert as applicable:***hoặc tương tự sinh học có thể hoán đổi thay thế một loại thuốc chính hiệu trên "Danh sách thuốc" (hoặc chúng tôi thay đổi bậc chia sẻ chi phí hoặc thêm giới hạn mới cho thuốc chính hiệu hoặc cả hai)** 
  + Chúng tôi có thể loại bỏ một loại thuốc chính hiệu [*Insert as applicable:* hoặc sản phẩm sinh học gốc] khỏi "Danh sách thuốc" nếu chúng tôi thay thế nó bằng phiên bản gốc của cùng một loại thuốc [*Insert as applicable:* hoặc phiên bản sinh học có thể hoán đổi của cùng một sản phẩm sinh học]. Chúng tôi có thể quyết định giữ thuốc chính hiệu [*Insert as applicable:* hoặc sản phẩm sinh học gốc] trong "Danh sách thuốc" của chúng tôi, nhưng ngay lập tức di chuyển nó đến một bậc chia sẻ chi phí cao hơn hoặc thêm những hạn chế mới hoặc cả hai khi thuốc gốc [*Insert as applicable:* hoặc tương tự sinh học có thể hoán đổi] được thêm vào.
  + Nếu thuốc chính hiệu [*Insert as applicable:* hoặc sản phẩm sinh học gốc] quý vị đang dùng sẽ được thay thế bằng thuốc gốc [*Insert as applicable:* hoặc tương tự sinh học có thể hoán đổi] hoặc chuyển sang bậc chia sẻ chi phí cao hơn, chúng tôi phải thông báo trước ít nhất 30 ngày về thay đổi hoặc thông báo cho quý vị về sự thay đổi và việc mua thêm *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]*ngày của thuốc chính hiệu của quý vị[*Insert as applicable:* hoặc sản phẩm sinh học gốc].
  + Sau khi quý vị nhận được thông báo về thay đổi, quý vị nên làm việc với nhà cung cấp của quý vị để chuyển sang thuốc gốc [*Insert as applicable:* hoặc tương sinh học có thể hoán đổi] hoặc sang một loại thuốc khác mà chúng tôi đài thọ.
  + Quý vị hoặc bác sĩ kê đơn của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đặt ngoại lệ và tiếp tục đài thọ thuốc chính hiệu [*Insert as applicable:* hoặc sản phẩm sinh học gốc] cho quý vị. Để biết thông tin về cách yêu cầu ngoại lệ, hãy xem Chương 9.]

*[All plan sponsors should include the remainder of this section, with applicable clause noted below.]*

* **Thuốc không an toàn và các loại thuốc khác trong "Danh sách thuốc" bị rút ra khỏi thị trường**
  + Đôi khi một loại thuốc có thể được coi là không an toàn hoặc rút khỏi thị trường vì một lý do khác. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi có thể ngay lập tức loại bỏ thuốc khỏi "Danh sách thuốc" Nếu quý vị đang sử dụng loại thuốc đó, chúng tôi sẽ thông báo ngay cho quý vị.
  + Bác sĩ kê toa của quý vị cũng sẽ biết về sự thay đổi này, và có thể hợp tác với quý vị để tìm một thuốc khác cho tình trạng của quý vị.
* **Những thay đổi khác đối với thuốc trong "Danh sách Thuốc"** 
  + Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác sau khi năm chương trình đã bắt đầu mà ảnh hưởng đến các loại thuốc quý vị đang dùng. Ví dụ,[*plan sponsors that want the option to immediately substitute new generic drugs insert*: chúng tôi có thể thêm một loại thuốc gốc không mới với thị trường để thay thế thuốc chính hiệu vào "Danh sách thuốc" hoặc thay đổi bậc chia sẻ chi phí hoặc thêm giới hạn mới đối với thuốc chính hiệu hoặc cả hai. Chúng tôi cũng] *OR* [*plan sponsors that will not be making immediate generic substitutions insert:* chúng tôi] có thểthực hiện thay đổi dựa trên các cảnh báo trên hộp của FDA hoặc các hướng dẫn lâm sàng mới được Medicare công nhận.
  + Đối với những thay đổi này, chúng tôi phải thông báo trước cho quý vị ít nhất 30 ngày về thay đổi hoặc thông báo cho quý vị về sự thay đổi và lượng tiếp liệu mua them *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]*-ngày mua thêm thuốc mà quý vị đang dùng tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
  + Sau khi quý vị nhận được thông báo về sự thay đổi, quý vị nên làm việc với bác sĩ kê toa để chuyển sang một loại thuốc khác mà chúng tôi đài thọ hoặc để đáp ứng bất kỳ giới hạn mới nào về thuốc quý vị đang dùng.
  + Quý vị hoặc bác sĩ kê đơn của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đặt ngoại lệ và tiếp tục đài thọ thuốc cho quý vị. Để biết thông tin về cách yêu cầu ngoại lệ, hãy xem Chương 9.

**Những thay đổi đối với "Danh sách Thuốc" không ảnh hưởng đến quý vị trong năm Chương trình này**

Chúng tôi có thể thực hiện một số thay đổi đối với "Danh sách thuốc" không được mô tả ở trên. Trong những trường hợp này, sự thay đổi sẽ không áp dụng cho quý vị nếu quý vị đang dùng thuốc khi thực hiện thay đổi; tuy nhiên, những thay đổi này có thể sẽ ảnh hưởng đến quý vị bắt đầu từ ngày 1 tháng Một của năm Chương trình tiếp theo nếu quý vị ở lại cùng một Chương trình.

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

* *[Plans that do not use tiers may omit]* Chúng tôi chuyển thuốc của quý vị sang bậc chia sẻ chi phí cao hơn.
* Chúng tôi đưa ra một giới hạn mới về việc sử dụng thuốc của quý vị.
* Chúng tôi loại bỏ thuốc của quý vị khỏi "Danh sách thuốc.

Nếu bất kỳ thay đổi nào trong số này xảy ra đối với một loại thuốc quý vị đang dùng (ngoại trừ việc rút khỏi thị trường, thuốc gốc thay thế thuốc nhãn hiệu hoặc thay đổi khác được ghi trong các phần bên trên), thì sự thay đổi sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng của quý vị hoặc việc quý vị trả như phần chia sẻ chi phí của quý vị cho đến ngày 1 tháng Một năm sau. Cho đến ngày đó, quý vị có thể sẽ không thấy bất kỳ sự gia tăng nào trong các khoản thanh toán của mình hoặc bất kỳ hạn chế nào thêm đối với việc sử dụng thuốc của quý vị.

Chúng tôi sẽ không thông báo trực tiếp cho quý vị về các loại thay đổi này trong năm Chương trình hiện tại. Quý vị sẽ cần phải kiểm tra "Danh sách thuốc" trong năm tới (khi danh sách có sẵn trong giai đoạn ghi danh mở) để xem 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 đài thọ?

#### Phần 7.1 Các loại thuốc chúng tôi không đài thọ

*[Plans may, as appropriate, remove or modify language regarding benefit exclusions when the benefits are covered by the plan under the Medicaid program.]*

Phần này sẽ cho quý vị biết các loại thuốc theo toa nào bị loại trừ. Điều này có nghĩa là [*insert as appropriate:* Medicare không trả *OR* cả Medicare và Medicaid đều không trả] cho các loại thuốc này.

Nếu quý vị kháng nghị và loại thuốc được yêu cầu không bị loại trừ theo Phần D, chúng tôi sẽ thanh toán hoặc đài thọ cho thuốc. (Để biết thông tin về kháng nghị quyết định, hãy đi tới Chương 9.) [*Insert if applicable:* Nếu thuốc bị loại trừ trong Chương trình của chúng tôi cũng bị Medicaid loại trừ, quý vị phải tự trả tiền *OR* Nếu thuốc bị loại trừ, quý vị phải tự trả tiền] [*insert if applicable:* (, ngoại trừ một số thuốc bị loại trừ nhất định được đài thọ trong bảo hiểm thuốc tăng cường của chúng tôi)].

Đây là ba quy tắc chung về các loại thuốc mà các Chương trình thuốc Medicare sẽ không đài thọ theo Phần D:

* Bảo hiểm thuốc Phần D của Chương trình của chúng tôi không thể đài thọ cho một loại thuốc sẽ được Medicare Phần A hoặc Phần B đài thọ.
* Chương trình của chúng tôi không thể bảo hiểm cho một loại thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ hoặc lãnh thổ của nó.
* Chương trình của chúng tôi thường không thể bảo hiểm cho việc sử dụng ngoài nhãn. Sử dụng ngoài nhãn là bất kỳ việc sử dụng thuốc nào khác ngoài những gì được chỉ định trên nhãn thuốc theo quy định của Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm.
* Bảo hiểm cho việc sử dụng ngoài nhãn chỉ được cho phép khi việc sử dụng được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông tin Thuốc Nằm trong Danh mục Thuốc của Bệnh viện Mỹ và Hệ thống Thông tin DRUGDEX.

Ngoài ra, theo pháp luật, các loại thuốc sau đây không được Medicare [*insert if list integrates Medicare and Medicaid exclusions:* hoặc Medicaid đài thọ]. [*Insert if list is not integrated:* Tuy nhiên, một số loại thuốc này có thể được Medicaid đài thọ cho quý vị theo bảo hiểm thuốc Medicaid của quý vị [*insert if plan notes categories with Medicaid coverage below:* như được chỉ định dưới đây.]] *[If plan does not note categories with Medicaid coverage, insert an explanation of where members can find this information.]*

* Thuốc không kê toa (còn gọi là thuốc mua tự do)
* Các loại thuốc dùng để tăng cường khả năng sinh sản
* Thuốc được sử dụng để giảm các triệu chứng ho hoặc lạnh
* Thuốc được sử dụng vì mục đích làm đẹp hoặc thuốc mọc tóc
* Vitamin và sản phẩm khoáng chất theo toa, ngoại trừ vitamin và các chế phẩm fluoride trước sinh
* Thuốc được sử dụng để điều trị rối loạn chức năng tình dục hoặc cương dương
* Thuốc được sử dụng để điều trị chứng biếng ăn, giảm cân, hoặc tăng cân
* Thuốc ngoại trú mà nhà sản xuất tìm cách yêu cầu các xét nghiệm liên quan hoặc dịch vụ theo dõi được mua độc quyền từ nhà sản xuất như là một điều kiện bán

[*Insert if plan offers coverage for any drugs excluded under Part D:* Ngoài ra, nếu quý vị **nhận được "Hỗ trợ Bổ sung" từ Medicare** để thanh toán cho các toa thuốc của quý vị, Chương trình "Hỗ trợ Bổ sung" sẽ không thanh toán cho các loại thuốc mà thường không được đài thọ. (Vui lòng tham khảo "Danh sách thuốc" của Chương trình hoặc gọi dịch vụ thành viên để biết thêm thông tin. Số điện thoại cho Dịch vụ Thành viên được in ở bìa sau của tập sách này.) Tuy nhiên, nếu quý vị có bảo hiểm thuốc thông qua Medicaid, Chương trình Medicaid ở tiểu bang của quý vị có thể đài thọ một số thuốc theo toa không thường được đài thọ trong một Chương trình thuốc Medicare. Vui lòng liên hệ với Chương trình Medicaid tại tiểu bang của quý vị để xác định xem bảo hiểm thuốc nào có thể dành cho quý vị. (Quý vị có thể tìm các số điện thoại và thông tin liên hệ cho Medicaid trong Chương 2, Phần 6.)]

*[Insert if plan does not offer coverage for any drugs excluded under Part D:* **Nếu quý vị nhận được "Hỗ trợ Bổ sung"** để thanh toán cho các toa thuốc của mình, Chương trình "Hỗ trợ Bổ sung" sẽ không thanh toán cho các loại thuốc mà thường không được đài thọ. Tuy nhiên, nếu quý vị có bảo hiểm thuốc thông qua Medicaid, Chương trình Medicaid ở tiểu bang của quý vị có thể đài thọ một số thuốc theo toa không thường được đài thọ trong một Chương trình thuốc Medicare. Vui lòng liên hệ với Chương trình Medicaid tại tiểu bang của quý vị để xác định xem bảo hiểm thuốc nào có thể dành cho quý vị. (Quý vị có thể tìm các số điện thoại và thông tin liên hệ cho Medicaid trong Chương 2, Phần 6.)]

### PHẦN 8 Mua thuốc theo toa

#### Phần 8.1 Cung cấp thông tin thành viên của quý vị

*[Plans with members that need to show their Medicaid card to fill prescriptions for drugs covered under Medicaid should edit this section as needed.]*

Để mua thuốc theo toa của quý vị, hãy cung cấp thông tin thành viên Chương trình của quý vị, có thể được tìm thấy trên thẻ thành viên của quý vị, tại nhà thuốc trong mạng lưới quý vị chọn. Hiệu thuốc trong mạng lưới sẽ tự động lập hóa đơn cho Chương trình cho [*plans with cost sharing insert:* phần chia sẻ của chúng tôi về chi phí] thuốc của quý vị. *[Plans with no cost sharing, delete the next sentence.]* Quý vị sẽ cần phải trả nhà thuốc phần chia sẻ chi phí khi quý vị nhận thuốc theo toa.

#### Phần 8.2 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị không mang thông tin thành viên theo mình?

Nếu quý vị không có thông tin thành viên Chương trình của mình khi mua đơn thuốc, quý vị hoặc nhà thuốc có thể gọi cho Chương trình để nhận các thông tin cần thiết, hoặc quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc tra cứu thông tin ghi danh Chương trình của quý vị.

*[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits.]* Nếu hiệu thuốc không nhận được các thông tin cần thiết, **quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí** **thuốc theo toa khi quý vị nhận.** (Sau đó quý vị có thể **yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị** [*insert if plan has cost sharing:* đối với phần chia sẻ 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 những tình huống đặc biệt

#### Phần 9.1 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị ở trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong một thời gian lưu trú được Chương trình đài thọ?

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

#### Phần 9.2 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị là người cư trú trong một cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC)?

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

Kiểm tra *Danh mục Nhà thuốc* của quý vị để biết nhà thuốc của cơ sở LTC của quý vị hay hiệu thuốc mà cơ sở đó sử dụng có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không phải, hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin hoặc hỗ trợ, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Thành viên. Nếu quý vị 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 sẽ xảy ra nếu quý vị là người cư trú tại một 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 một cách nào đó?

Vui lòng tham khảo Phần 5.2 về nguồn cung cấp tạm thời hoặc khẩn cấp.

#### Phần 9.3 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị cũng nhận được bảo hiểm thuốc từ một chủ lao động hoặc Chương trình nhóm hưu trí?

*[Plans that cannot enroll members with employer or retiree coverage should delete this section.]*

Nếu quý vị hiện đang có bảo hiểm thuốc theo toa khác thông qua chủ lao động (hoặc vợ/chồng hoặc bạn tình) hoặc nhóm hưu trí, vui lòng liên hệ với **quản lý quyền lợi của nhóm đó.** Người đó có thể giúp quý vị xác định bảo hiểm thuốc theo toa hiện tại của quý vị sẽ hoạt động như thế nào với Chương trình của chúng tôi.

Nói chung, nếu quý vị có bảo hiểm cho nhân viên hoặc nhóm hưu trí, bảo hiểm thuốc mà quý vị nhận được từ chúng tôi sẽ là *bảo hiểm thứ cấp* cho bảo hiểm nhóm của quý vị. Điều đó có nghĩa là bảo hiểm nhóm của quý vị sẽ phải trả trước.

Lưu ý đặc biệt về bảo hiểm có uy tín:

Mỗi năm người chủ lao động hoặc nhóm hưu trí của quý vị sẽ gửi cho quý vị một thông báo cho biết liệu bảo hiểm thuốc kê đơn của quý vị có được ghi có vào năm dương lịch tới hay không.

Nếu bảo hiểm từ Chương trình nhóm là có uy tín, điều đó có nghĩa là Chương trình có bảo hiểm thuốc dự kiến sẽ thanh toán, trung bình, ít nhất bằng mức bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare.

**Giữ thông báo này về bảo hiểm có uy tín**, bởi vì quý vị có thể cần sau. Nếu quý vị ghi danh vào một Chương trình Medicare đài thọ thuốc Phần D, quý vị có thể cần thông báo này để cho biết rằng quý vị đã duy trì bảo hiểm có uy tín. Nếu quý vị không nhận được thông báo bảo hiểm có uy tín, hãy yêu cầu một bản sao từ người quản lý quyền lợi của chủ lao động của quý vị hoặc chủ lao động hoặc công đoàn.

#### Phần 9.4 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị ở bệnh viện được Medicare chứng nhận?

Hospice (Chương trình chăm sóc cuối đời) và Chương trình của chúng tôi không bảo hiểm cùng một loại thuốc cùng một lúc. Nếu quý vị ghi danh vào bệnh viện Medicare và yêu cầu một số loại thuốc nhất định (ví dụ: thuốc chống buồn nôn, thuốc nhuận tràng, thuốc giảm đau hoặc thuốc chống lo âu) không được bảo hiểm bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe vì nó không liên quan đến bệnh ở giai đoạn cuối và các tình trạng liên quan, Chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo từ nhà kê toa hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị rằng thuốc không liên quan trước khi Chương trình của chúng tôi có thể đài thọ cho thuốc. Để ngăn chặn sự chậm trễ trong việc nhận các loại thuốc nên được Chương trình của chúng tôi đài thọ, hãy yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc bác sĩ kê toa của quý vị cung cấp thông báo trước khi mua thuốc theo toa của quý vị.

Trong trường hợp quý vị hủy bỏ chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc xuất viện, Chương trình của chúng tôi sẽ bảo hiểm cho thuốc của quý vị như được giải thích trong tài liệu này. Để ngăn chặn mọi trì hoãn tại một hiệu thuốc khi quyền lợi bảo hiểm Medicare chăm sóc cuối đời kết thúc, hãy mang theo giấy tờ đến hiệu thuốc để xác minh việc bỏ chọn dịch vụ hoặc xuất viện.

### PHẦN 10 Các Chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc

#### Phần 10.1 Chương trình để giúp thành viên sử dụng thuốc một cách an toàn

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

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

* Các lỗi có thể xảy ra về thuốc
* Các loại thuốc có thể không cần thiết vì quý vị đang sử dụng một loại thuốc khác để điều trị cùng một bệnh trạng
* Các loại thuốc có thể không an toàn hoặc thích hợp vì độ tuổi hoặc giới tính của quý vị
* Một số loại thuốc có thể gây tổn hại cho quý vị nếu sử dụng cùng lúc
* Thuốc theo toa cho các thuốc có thành phần quý vị bị dị ứng với
* Có thể có lỗi về số lượng (liều lượng) của một loại thuốc quý vị đang dùng
* Lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn

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

#### Phần 10.2 Chương Trình Kiểm Soát Thuốc (DMP) để giúp hội viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn

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

* Yêu cầu quý vị nhận tất cả thuốc theo toa của quý vị đối với thuốc opioid [[*insert if applicable:* hoặc benzodiazepine] từ (các) hiệu thuốc nhất định
* Yêu cầu quý vị nhận tất cả thuốc theo toa của quý vị đối với thuốc opioid [*insert if applicable:* hoặc benzodiazepine] từ (các) bác sĩ nhất định
* Hạn chế lượng thuốc opioid [*insert if applicable:* hoặc benzodiazepine] chúng tôi sẽ bảo hiểm cho quý vị

Nếu chúng tôi dự định hạn chế việc quý vị có thể nhận các loại thuốc này hoặc số tiền quý vị có thể nhận được, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư trước. Lá thư này sẽ cho quý vị biết liệu chúng tôi sẽ giới hạn bảo hiểm của các loại thuốc này cho quý vị hay nếu quý vị bị yêu cầu phải mua thuốc theo toa chỉ từ một bác sĩ hoặc nhà thuốc cụ thể. Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết bác sĩ hoặc nhà thuốc nào quý vị muốn sử dụng, và về bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị cho là quan trọng để chúng tôi biết. Sau khi quý vị có cơ hội trả lời, nếu chúng tôi quyết định giới hạn bảo hiểm cho các loại thuốc này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thư xác nhận giới hạn. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi phạm sai lầm hoặc quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi hoặc với giới hạn, quý vị và bác sĩ kê đơn 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. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu của quý vị liên quan đến những giới hạn áp dụng cho việc quý vị 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 đề nghị kháng nghị.

Quý vị sẽ không được xếp vào DMP của chúng tôi nếu quý vị có một số bệnh trạng nhất định, chẳng hạn như đau liên quan đến ung thư hoặc bệnh hồng cầu hình liềm, quý vị đang được chăm sóc cuối đời, giảm đau hoặc cuối đời, hoặc sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.

#### Phần 10.3 Chương trình Quản lý Trị liệu Thuốc (MTM) [*insert if plan has other medication management programs:* and other] [*insert if* *applicable:* s] để giúp thành viên quản lý thuốc của họ

Chúng tôi có một Chương trình [*delete:* a *and insert:* programs *if plan has other medication management programs*] có thể giúp các thành viên của chúng tôi với các nhu cầu sức khỏe phức tạp. Chương trình của chúng tôi [*if applicable replace:* Our *with* One] được gọi là Chương trình Quản lý Trị liệu Thuốc (MTM). Chương trình này là [*if applicable replace with:* These programs are] tự nguyện và miễn phí. Một nhóm dược sĩ và bác sĩ đã phát triển Chương trình [*insert if* *applicable:* s] cho chúng tôi để giúp đảm bảo rằng các thành viên của chúng tôi nhận được nhiều lợi ích nhất từ các loại thuốc họ sử dụng.

Một số thành viên sử dụng thuốc để điều trị các bệnh trạng khác nhau và có chi phí thuốc cao, hoặc trong DMP để giúp thành viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn, có thể nhận dịch vụ thông qua Chương trình MTM. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Chương trình, một dược sĩ hoặc chuyên gia sức khỏe khác sẽ đánh giá toàn diện tất cả thuốc của quý vị. Trong quá trình xem xét, quý vị có thể nói về thuốc, chi phí của quý vị, và bất kỳ vấn đề hoặc thắc mắc nào quý vị có về toa thuốc và thuốc không kê toa của mình. Quý vị sẽ nhận được một bản tóm tắt bằng văn bản có một danh sách việc cần làm được khuyến cáo bao gồm các bước quý vị nên thực hiện để có được kết quả tốt nhất từ thuốc của mình. Quý vị cũng sẽ nhận được một danh sách thuốc sẽ bao gồm tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, lượng quý vị sử dụng, và khi nào và tại sao quý vị sử dụng chúng. Ngoài ra, các thành viên trong Chương trình MTM sẽ nhận được thông tin về việc vứt bỏ an toàn các thuốc theo toa có chất bị kiểm soát.

Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị về danh sách việc cần làm và danh sách thuốc được đề nghị của quý vị. Mang tóm tắt với quý vị đến thăm khám hoặc bất kỳ lúc nào quý vị nói chuyện với bác sĩ, dược sĩ, và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Ngoài ra, giữ cho danh sách thuốc của quý vị được cập nhật và mang theo (ví dụ: với ID của quý vị) phòng khi 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 tham gia Chương trình và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị quyết định không tham gia, vui lòng thông báo cho chúng tôi và chúng tôi sẽ rút lại quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về Chương trình này [*if applicable replace with:* these programs], vui lòng liên hệ với Dịch vụ Thành viên.

## CHƯƠNG 6: *Quý vị trả những gì cho thuốc theo toa Phần D của quý vị*

Dấu chấm hỏi. **Làm thế nào quý vị có thể nhận thông tin về chi phí thuốc** *[plans that are approved to exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits, omit the rest of this question*] **nếu quý vị nhận được "Hỗ trợ Bổ sung" với chi phí thuốc theo toa Phần D của quý vị?**

[*Plans that are approved to exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits insert this language:* Vì quý vị đủ điều kiện được hưởng Medicaid, quý vị đủ điều kiện và đang được Medicare "Hỗ trợ Bổ sung" để thanh toán cho các chi phí Chương trình thuốc theo toa của quý vị. Vì quý vị tham gia Chương trình "Hỗ trợ Bổ sung", **một số thông tin trong *Chứng từ Bảo hiểm* này về chi phí cho thuốc theo toa Phần D** [*insert as applicable* **có thể không** *OR* **không**] **áp dụng cho quý vị.**] [*Other plans insert:*Hầu hết các thành viên của chúng tôi đủ điều kiện và đang nhận "Hỗ trợ Bổ sung" từ Medicare để trả cho chi phí Chương trình thuốc kê toa. Nếu quý vị đang ở trong Chương trình "Hỗ trợ Bổ sung", **một số** **thông tin trong *Chứng từ Bảo hiểm* này về chi phí cho thuốc theo toa Phần D** [*insert as applicable:* **có thể không** *OR* **không**] **áp dụng cho quý vị.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.].* Chúng tôi [*insert as appropriate:* đã bao gồm *OR* đã gửi cho quý vị] một phần kèm theo riêng, được gọi là *"Phụ Lục của Chứng Từ Bảo Hiểm dành cho Những Người Nhận "Hỗ Trợ Bổ Sung" Thanh Toán cho Thuốc Theo Toa"* (còn được gọi là "Phụ Lục về Trợ Cấp Thu Nhập Thấp" hoặc "Phụ Lục LIS"), cho quý vị biết về chi phí cho thuốc của mình. Nếu quý vị không có tờ thông tin này, vui lòng gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên và yêu cầu Điều khoản Bổ sung LIS.

*[Plans with no cost sharing for Part D drugs, should move the information in Section 3 to Chapter 5 and delete the rest of Chapter 6.]*

### PHẦN 1 Giới thiệu

#### Phần 1.1 Sử dụng Chương này cùng với các tài liệu khác giải thích bảo hiểm thuốc của quý vị

Chương này tập trung vào những gì quý vị trả cho thuốc theo toa Phần D. Để đơn giản hóa mọi thứ, chúng tôi sử dụng từ thuốc trong Chương này có nghĩa là một loại thuốc theo toa Phần D. Như đã giải thích trong Chương 5, không phải tất cả thuốc đều là thuốc Phần D – một số thuốc bị loại trừ khỏi bảo hiểm Phần D Medicare theo pháp luật. Một số thuốc bị loại trừ khỏi bảo hiểm Phần D được đài thọ theo Medicare Phần A hoặc Phần B [*insert if applicable:* or under Medicaid]. [*Optional for plans that provide supplemental coverage đài thọ:* Ngoài ra, một số thuốc bị loại trừ có thể được Chương trình của chúng tôi đài thọ nếu quý vị mua bảo hiểm thuốc bổ sung.]

Để hiểu thông tin thanh toán, quý vị cần biết những loại thuốc nào được đài thọ, nơi để mua thuốc theo toa, và những quy tắc nào cần tuân thủ khi quý vị nhận được thuốc được đài thọ. Chương 5, Phần 1 đến 4 giải thích các quy tắc này. Khi quý vị sử dụng "Công Cụ Quyền lợi Tức Thời" của Chương trình để tra cứu bảo hiểm thuốc (xem Chương 3, Phần 3.3), chi phí được cung cấp trong "thời gian thực" có nghĩa là chi phí quý vị thấy trong công cụ phản ánh một khoảng thời gian để cung cấp ước tính chi phí mà quý vị dự kiến sẽ phải trả. Quý vị cũng có thể nhận thông tin được cung cấp bởi "Công Cụ Quyền lợi Tức Thời" bằng cách gọi đến Dịch vụ Thành viên.

#### Phần 1.2 Các chi phí tự trả mà quý vị có thể thanh toán cho thuốc được đài thọ

Có nhiều loại chi phí tự trả cho thuốc Phần D. Số tiền quý vị trả cho một loại thuốc được gọi là **chia sẻ chi** **phí**, và có ba cách quý vị có thể được yêu cầu thanh toán.

* **Khoản khấu** **trừ** là số tiền quý vị thanh toán cho thuốc trước khi Chương trình của chúng tôi bắt đầu trả phần của mình.
* **Tiền đồng thanh toán** là mộtsố tiền cố định mà quý vị thanh toán mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa.
* **Đồng bảo hiểm** là phần trăm trên tổng chi phí quý vị thanh toán mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa.

#### Phần 1.3 Cách Medicare tính toán chi phí tự trả của quý vị

Medicare có các quy tắc về số tiền được tính và những gì *không* đượctính vào chi phí tự trả của quý vị. Đây là các quy tắc mà chúng tôi phải tuân thủ để theo dõi chi phí tự trả của quý vị.

**Các khoản thanh toán này được đưa vào chi phí tự trả của quý vị**

Chi phí tự trả của quý vị bao gồm các khoản thanh toán được liệt kê dưới đây (miễn là chúng dành cho thuốc được Phần D đài thọ và quý vị tuân thủ các quy định về bảo hiểm thuốc được giải thích trong Chương 5):

* Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc khi quý vị đang ở trong bất kỳ giai đoạn thanh toán thuốc nào sau đây:
  + *[Plans without a deductible, omit]* Giai đoạn Khấu trừ
  + Giai đoạn Bảo hiểm ban đầu
  + *[Plans without a Coverage Gap, omit]* Giai đoạn Khoảng trống Bảo hiểm
* Bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện trong năm dương lịch này với tư cách là thành viên của một Chương trình thuốc kê đơn khác của Medicare trước khi quý vị tham gia Chương trình của chúng tôi.

Người trả tiền cũng quan trọng:

* Nếu quý vị **tự trả** các thanh toán này, chúng được đưa vào trong chi phí tự trả của quý vị.
* Các khoản thanh toán này *cũng được đưa vào* chi phí tự trả của quý vị nếu chúng được **một số cá nhân hoặc tổ chức khác thay mặt quý vị thực hiện.** Điều này bao gồm các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị do một người bạn hoặc người thân, hầu hết các tổ chức từ thiện, các Chương trình hỗ trợ thuốc AIDS, *[plans without an SPAP in their state delete next item]* Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm Tiểu bang được Medicare hoặc Indian Health Service coi là đủ điều kiện. Các khoản thanh toán của Chương trình "Hỗ trợ Bổ sung" của Medicare cũng được đưa vào.
* Một số khoản thanh toán được thực hiện bởi Chương trình Giảm giá Khoảng trống Bảo hiểm Medicare được đưa vào trong chi phí tự trả của quý vị. Số tiền nhà sản xuất thanh toán cho các loại thuốc chính hiệu của quý vị được bao gồm. Nhưng số tiền Chương trình trả cho các loại thuốc gốc của quý vị không được bao gồm.

Chuyển sang Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương:

Khi quý vị (hoặc những người thanh toán thay mặt quý vị) đã chi tiêu tổng $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* chi phí tự trả trong năm dương lịch, quý vị sẽ chuyển từ [*insert as applicable*: Giai đoạn Bảo hiểm ban đầu OR Giai đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm] đến giai đoạn Bảo hiểm Tai ương.

**Các khoản thanh toán này không được tính vào chi phí tự trả của quý vị**

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

* *[Plans with no premium, omit]* Phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị.
* Thuốc quý vị mua bên ngoài Hoa Kỳ và lãnh thổ của nó.
* Các loại thuốc không được Chương trình của chúng tôi đài thọ.
* Các loại thuốc quý vị nhận được tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới không đáp ứng các yêu cầu của Chương trình đối với bảo hiểm ngoài mạng lưới.
* [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:* Thuốc Không Phải Phần D, bao gồm thuốc theo toa do Phần A hoặc Phần B đài thọ và các thuốc khác không thuộc bảo hiểm của Medicare.]

[*Insert next two bullets if plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*

* Thuốc theo toa được đài thọ bởi Phần A hoặc Phần B.
* Các khoản thanh toán quý vị thanh toán đối với các loại thuốc được đài thọ theo bảo hiểm bổ sung của chúng tôi nhưng thường không được đài thọ trong Chương trình Thuốc Kê đơn của Medicare.]
* [*Insert if applicable:* Các khoản thanh toán quý vị trả đối với thuốc theo toa thường không được đài thọ trong Chương trình Thuốc Kê toa của Medicare.]
* Các khoản thanh toán của Chương trình cho thương hiệu hoặc thuốc gốc của quý vị trong thời gian trong Khoảng Trống Bảo Hiểm.
* Các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị được thực hiện bởi Chương trình sức khỏe nhóm bao gồm các Chương trình sức khỏe của chủ lao động.
* Các khoản thanh toán cho các loại thuốc của quý vị được thực hiện bởi một số Chương trình bảo hiểm nhất định và các Chương trình sức khỏe do chính phủ tài trợ chẳng hạn như TRICARE và Cựu chiến binh.
* Các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị do bên thứ ba thực hiện có nghĩa vụ pháp lý phải trả cho chi phí thuốc theo toa (ví dụ: Tiền Bồi Thường Của Người Lao Động).

*Nhắc nhở:*Nếu bất kỳ tổ chức nào khác như tổ chức được liệt kê ở trên trả một phần hoặc tất cả các chi phí tự trả cho thuốc, quý vị được yêu cầu phải thông báo cho Chương trình của chúng tôi bằng cách gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên.

Làm thế nào quý vị có thể theo dõi tổng số tiền tự trả của mình?

* **Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị**. Báo cáo Giải thích Quyền lợi Phần D (EOB) quý vị nhận được bao gồm số tiền chi phí tự trả hiện tại. Khi số tiền này đạt đến $*[insert 2024 out-of-pocket threshold],* báo cáo này sẽ cho quý vị biết rằng quý vị đã rời [*insert as applicable:* Giai đoạn Bảo hiểm ban đầu OR Giai đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm] và đã chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương.
* **Đảm bảo rằng chúng tôi có thông tin chúng tôi cần**. Phần 3.2 cho biết quý vị có thể làm gì để giúp đảm bảo rằng hồ sơ của chúng tôi về những gì quý vị đã chi tiêu đã hoàn chỉnh và cập nhật.]

### PHẦN 2 Những gì quý vị thanh toán cho thuốc phụ thuộc vào giai đoạn thanh toán thuốc nào quý vị đang ở khi quý vị mua thuốc

*[Plans with a single payment stage: delete this section.]*

#### Phần 2.1 Các giai đoạn thanh toán chi phí thuốc cho *[insert 2024 plan name]* thành viên là gì?

*[Plans participating in the VBID Model and approved to offer VBID reduced or eliminated Part D cost sharing should update the sections below to reflect the approved Model Benefit(s), as appropriate.]*

Có bốn **giai đoạn thanh toán** **thuốc** cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị theo *[insert 2024 plan name]*. Số tiền quý vị thanh toán phụ thuộc vào giai đoạn quý vị đang ở khi quý vị mua hoặc mua thêm thuốc theo toa. Chi tiết của từng giai đoạn nằm trong Phần 4 đến 7 của Chương này. Các giai đoạn là:

**Giai đoạn 1: Giai đoạn Khấu trừ Hàng năm**

**Giai đoạn 2: Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu**

**Giai đoạn 3: Giai đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm**

**Giai đoạn 4: 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 của quý vị

*[Plans with no cost sharing: modify Section 3.1 and 3.2 as necessary and move it to Chapter 5.]*

*[Plans with a single payment stage: modify this section as necessary.]*

#### Phần 3.1 Chúng tôi gửi cho quý vị bản tóm tắt hàng tháng được gọi là *Giải thích Quyền lợi Phần D* (EOB Phần D)

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

* Chúng tôi theo dõi số tiền quý vị đã trả. Đây gọi là **Chi** **Phí Xuất Túi của quý vị**.
* Chúng tôi theo dõi **Tổng Chi phí Thuốc của quý vị**. Đây là số tiền quý vị tự trả hoặc những người khác thanh toán thay mặt quý vị cộng với số tiền mà Chương trình đã trả.

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

* **Thông tin cho tháng đó**. Báo cáo cung cấp chi tiết thanh toán về các thuốc theo toa quý vị đã mua trong tháng trước. Nó cho thấy tổng chi phí thuốc, số tiền Chương trình đã trả, và những gì quý vị và những người khác thay mặt quý vị đã trả.
* **Tổng cộng trong năm kể từ ngày 1 tháng Một.** Đây được gọi là thông tin trong năm. Nó cho thấy tổng chi phí thuốc và tổng số tiền thanh toán cho thuốc của quý vị từ năm đã bắt đầu.
* **Thông tin giá thuốc.** Thông tin này sẽ hiển thị tổng giá thuốc, và thông tin về việc tăng giá từ lần đầu tiên mua cho mỗi yêu cầu thanh toán thuốc theo toa cùng số lượng.
* **Các thuốc theo toa thay thế có chi phí thấp hơn.** Điều này sẽ bao gồm thông tin về các loại thuốc có sẵn khác có chia sẻ chi phí thấp hơn cho mỗi yêu cầu thanh toán thuốc theo toa.

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

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

* **Trình thẻ thành viên mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa.** Điều này giúp chúng tôi đảm bảo rằng chúng tôi biết về các đơn thuốc quý vị đang mua và quý vị đang trả tiền gì.
* *[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits.]* **Đảm bảo rằng chúng tôi có thông tin chúng tôi cần.** Có những thời điểm quý vị có thể thanh toán toàn bộ chi phí của một loại thuốc theo toa. Trong những trường hợp này, chúng tôi sẽ không tự động nhận được thông tin mà chúng tôi cần để theo dõi chi phí tự trả của quý vị. Để giúp chúng tôi theo dõi chi phí tự trả của quý vị, hãy cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị. Dưới đây là các ví dụ về thời điểm quý vị nên cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai thuốc của mình:
  + Khi quý vị mua thuốc được đài thọ tại nhà thuốc thuộc mạng lưới với mức giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá không nằm trong quyền lợi bảo hiểm của Chương trình của chúng tôi
  + Khi quý vị đã trả đồng thanh toán cho các loại thuốc được cung cấp theo Chương trình hỗ trợ bệnh nhân sản xuất thuốc
  + Bất kỳ lúc nào quý vị mua thuốc được đài thọ tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc lần khác, quý vị đã thanh toán toàn bộ giá cho một loại thuốc được đài thọ trong những trường hợp đặc biệt

Nếu quý vị bị lập hóa đơn cho một loại thuốc được đài thọ, quý vị có thể yêu cầu Chương trình của chúng tôi trả phần chi phí của chúng tôi. Để được hướng dẫn cách thực hiện việc này, hãy đi tới Chương 7, Phần 2.

* **Gửi cho chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán mà những người khác đã thực hiện cho quý vị.** Các khoản thanh toán của một số cá nhân và tổ chức khác cũng được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Ví dụ: các khoản thanh toán của *[plans without an SPAP in their state delete next item]* một Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Cấp Tiểu Bang, Chương trình hỗ trợ thuốc AIDS (ADAP), Indian Health Service và hầu hết các tổ chức từ thiện đều tính vào chi phí tự trả của quý vị. Lưu hồ sơ các khoản thanh toán này và gửi cho chúng tôi để chúng tôi có thể theo dõi chi phí của quý vị.
* **Kiểm tra văn bản báo cáo mà chúng tôi gửi cho quý vị.** Khi quý vị nhận được EOB Phần D, hãy xem xét nó để đảm bảo thông tin đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị nghĩ rằng điều gì đó bị thiếu hoặc quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho chúng tôi tại Dịch Vụ Thành viên. *[Plans that allow members to manage this information on-line may describe that option here.]* Hãy nhớ giữ các báo cáo này.

### PHẦN 4 Trong Giai Đoạn Khấu Trừ, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc *[insert drug tiers if applicable]* của mình

[*Plans with no deductible replace Section 4 title with:* There is no deductible for *[insert 2024 plan name]*.]

[*Plans with no deductible replace text below with*: Không có khoản khấu trừ nào cho *[insert 2024 plan name]*. Quý vị bắt đầu trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu khi quý vị mua thuốc theo toa đầu tiên trong năm. Xem Phần 5 để biết thông tin về bảo hiểm của quý vị trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu.]

Bởi vì hầu hết các thành viên của chúng tôi nhận được "Hỗ trợ Bổ sung" với chi phí thuốc theo toa của họ, Giai đoạn Khấu trừ không áp dụng cho hầu hết các thành viên. Nếu quý vị nhận được "Hỗ trợ Bổ sung", giai đoạn thanh toán này không áp dụng cho quý vị.

*[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* Hãy xem phần tài liệu gửi kèm (LIS Rider) để biết thôngtin về số tiền khấu trừ của quý vị.]

Nếu quý vị không nhận được "Hỗ trợ Bổ sung," Giai đoạn Khấu trừ là giai đoạn thanh toán đầu tiên cho bảo hiểm thuốc của quý vị. [*Plans with a deductible for all drug types/tiers, insert:* Giai đoạn này bắt đầu khi quý vị mua thuốc theo toa đầu tiên trong năm. Khi quý vị đang ở giai đoạn thanh toán này**, quý vị phải trả toàn bộ chi phí thuốc của mình** cho đến khi quý vị đạt được số tiền khấu trừ của Chương trình, là $*[insert deductible amount]* cho năm 2024.] *[Plans with a deductible amount other than $0, add:* Khoản khấu trừ này không áp dụng cho các sản phẩm insulin được đài thọ và hầu hết vắc-xin Phần D dành cho người lớn, bao gồm vắc-xin zona, uốn ván và vắc-xin du lịch.] [*Plans with a deductible on only a subset of drugs, insert:* Quý vị sẽ trả khấu trừ hàng năm $*[insert deductible amount]* cho *[insert applicable drug tiers]* thuốc **Quý vị phải trả toàn bộ chi phí thuốc *[insert applicable drug tiers]*** của mình cho đến khi quý vị đạt đến số tiền khấu trừ của Chương trình. Đối với tất cả các loại thuốc khác, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ khoản khấu trừ nào.] Khoản **chi phí đầy đủ** thường thấp hơn giá bình thường của thuốc, vì Chương trình của chúng tôi đã thương lượng giảm chi phí cho hầu hết các loại thuốc tại các nhà thuốc trong mạng lưới.

Sau khi quý vị đã thanh toán $*[insert deductible amount]* cho thuốc *[insert drug tiers if applicable]* của mình, quý vị rời khỏi Giai đoạn Khấu trừ và chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu.

### PHẦN 5 Trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, Chương trình trả phần chi phí thuốc của quý vị và quý vị trả phần của quý vị

*[Plans with a single coverage stage: modify this section as necessary.]*

*[Plans with no cost sharing in the Initial Coverage Stage: modify this section as necessary.]*

#### Phần 5.1 Những gì quý vị thanh toán cho thuốc phụ thuộc vào thuốc và nơi quý vị mua thuốc theo toa của mình

Trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, Chương trình trả phần chi phí thuốc theo toa được đài thọ của quý vị, và quý vị trả phần của quý vị (khoản [*insert as applicable:* đồng thanh toán *hoặc* đồng bảo hiểm]). Phần chia sẻ chi phí của quý vị sẽ thay đổi tùy theo thuốc và nơi quý vị mua thuốc theo toa.

Chương trình có *[insert number of tiers]* bậc chia sẻ chi phí

*[Plans that do not use drug tiers should omit this section.]*

Mỗi loại thuốc trong "Danh sách thuốc" của Chương trình đều thuộc một trong *[insert number of tiers]* bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, số bậc chia sẻ chi phí càng cao, chi phí thuốc của quý vị càng cao:

* *[Plans should briefly describe each tier (e.g., Cost-Sharing Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]*
* *[Plans with copayment/coinsurance on tiers during the Initial Coverage Stage, insert the following if the insulin cost sharing differs from the cost sharing for other drugs on the same tier:* Quý vị trả $[xx] cho tiếp liệu mỗi tháng mỗi sản phẩm insulin được đài thọ cho bậc này.*] [Repeat for all drug tiers.]*

Để tìm hiểu xem thuốc của quý vị có mức chia sẻ chi phí nào, hãy tìm hiểu trong "Danh sách Thuốc" của Chương trình.

Các lựa chọn nhà thuốc của quý vị

Số tiền quý vị thanh toán cho một loại thuốc phụ thuộc vào việc quý vị nhận thuốc từ:

* *[Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, delete this bullet and use next two bullets instead.]* Một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới.
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, insert:* Một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới.]
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, insert:* Một hiệu thuốc bán lẻ trong mạng lưới cung cấp chia sẻ chi phí ưu tiên. Chi phí có thể ít hơn tại các nhà thuốc cung cấp chia sẻ chi phí ưu tiên.]
* Một hiệu thuốc không nằm trong mạng lưới Chương trình. Chúng tôi đài thọ các thuốc theo toa được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới chỉ trong những tình huống hạn chế. Vui lòng xem Chương 5, Phần 2.5 để biết khi nào chúng tôi sẽ đài thọ cho một toa thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới.
* *[Plans without mail-order service, delete this bullet.]* Hiệu thuốc đặt chuyển hàng qua đường bưu điện của Chương trình.

Để biết thêm thông tin về các lựa chọn hiệu thuốc này và mua đơn thuốc của quý vị, hãy xem Chương 5 và *Danh mục Nhà thuốc* của Chương trình.

#### Phần 5.2 Một bảng thể hiện chi phí của quý vị cho một lượng tiếp liệu *một tháng*

*[Plans using only copayments or only coinsurance should edit this section to reflect the plan’s cost sharing.]* Trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, phần chi phí của một loại thuốc được đài thọ sẽ là khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm.

*[Plans that do not use drug tiers, omit]* Như được nêu trong bảng dưới đây, số tiền đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm phụ thuộc vào bậc chia sẻ chi phí. *[Plans without copayments omit]* Đôi khi chi phí của thuốc thấp hơn so với khoản đồng thanh toán của quý vị. Trong những trường hợp này, quý vị trả giá thấp hơn cho thuốc thay vì khoản đồng thanh toán.

[*If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, the chart must include both standard and preferred cost sharing rates. For plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost sharing, sponsors may modify the chart to indicate the different rates. Removed columns do not apply (e.g., preferred cost sharing or mail order). Add or remove tiers as necessary. If mail order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell:* Dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện không có sẵn cho các loại thuốc trong *[insert tier].*]

*[Plans that, per the State Medicaid Agency Contract, exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits may delete columns and modify the chart as necessary to reflect the plan’s prescription drug coverage.]*

Phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị nhận lượng thuốc theo toa Phần D được đài thọ dùng trong *một tháng*:

| **Bậc** | **Chia sẻ chi phí bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới)**  (tối đa] *[insert number of days*-ngày tiếp liệu) | **Chia sẻ chi phí bán lẻ ưu tiên (trong mạng lưới)**  (tối đa] *[insert number of days*-ngày tiếp liệu) | **Chia sẻ chi phí đặt hàng qua đường bưu điện**  (tối đa *[insert number of days]*-ngày tiếp liệu) | **Chia sẻ chi phí chăm sóc dài hạn (LTC)**  (tối đa *[insert number of days]* ngày tiếp liệu) | **Chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới**  (Bảo hiểm được giới hạn trong một số tình huống nhất định; xem Chương 5 để biết chi tiết.) (tối đa *[insert number of days]*-ngày tiếp liệu) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bậc Chia Sẻ Chi Phí 1**  (*[insert description, e.g., generic drugs]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Chia sẻ Chi phí Bậc 2**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Bậc Chia Sẻ Chi Phí 3**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Bậc Chia Sẻ Chi Phí 4**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |

*[Plans that offer cost-sharing for insulin that differs from the cost sharing for other drugs on the same tier, insert the following footnote:* Quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn $35 *[update the cost sharing amount, if lower than $35]* cho tiếp liệu một tháng cho mỗi sản phẩm insulin được đài thọ bất kể bậc chia sẻ chi phí *[modify as needed if plan offers multiple cost sharing amounts for insulins (e.g., preferred and non-preferred insulins)]* [*insert only if plan’s benefit design includes a deductible:,* ngay cả khi quý vị chưa trả tiền khấu trừ của mình.]

Vui lòng xem Phần 9 của Chương này để biết thêm thông tin về việc chia sẻ chi phí vắc-xin Phần D cho vắc-xin Phần D.

#### Phần 5.3 Nếu bác sĩ của quý vị kê toa ít hơn lượng thuốc đủ dùng của cả tháng, quý vị có thể không phải trả chi phí toàn bộ lượng thuốc của tháng.

Thông thường, số tiền quý vị thanh toán cho một loại thuốc theo toa đài thọ cho toàn bộ nguồn cung cấp hàng tháng. Có thể có những thời điểm quý vị hoặc bác sĩ của quý vị muốn quý vị mua thuốc ít hơn lượng thuốc đủ dùng của một tháng (ví dụ: khi quý vị thử thuốc lần đầu). Quý vị cũng có thể yêu cầu bác sĩ của quý vị kê toa, và dược sĩ của quý vị phân phát, dưới một tháng tiếp liệu thuốc của quý vị, nếu điều này sẽ giúp quý vị lập kế hoạch tốt hơn ngày mua thêm cho các toa thuốc khác nhau.

Nếu quý vị nhận được ít hơn một tháng đầy đủ tiếp liệu của một loại thuốc nhất định, quý vị sẽ không phải trả tiền cho toàn bộ lượng thuốc cung cấp trong tháng.

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

#### Phần 5.4 Một bảng thể hiện chi phí của quý vị cho một lượng thuốc *dài hạn* ([*insert if applicable:* up to a] *[insert number of days] ngày*) tiếp liệu

*[Plans that do not offer extended-day supplies delete Section 5.4.]*

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể nhận được nguồn cung cấp dài hạn (còn gọi là nguồn tiếp liệu mở rộng). Một nguồn tiếp liệu dài hạn là [*insert if applicable:* up to] *[insert number of days]*ngày tiếp liệu.

Bảng dưới đây cho thấy quý vị phải trả gì khi quý vị nhận được nguồn cung cấp dài hạn về thuốc.

*[If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, the chart must include both standard and preferred cost sharing rates. For plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost sharing, sponsors may modify the chart to indicate the different rates. Remove columns that do not apply (e.g., preferred cost sharing or mail order). Add or remove tiers as necessary. If mail order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell:* Dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện không có sẵn cho các loại thuốc trong *[insert tier].]*

*[Plans must include all of their tiers in the table. If plans do not offer extended-day supplies for certain tiers, the plan should use the following text in the cost-sharing cell:* Dịch vụ cung ứng thuốc dài hạn không có sẵn cho các loại thuốc trong [*[insert tier].]*

*[Plans that, per the State Medicaid Agency Contract, exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or other full-benefit dual eligible individuals may delete columns and modify the chart as necessary to reflect the plan’s prescription drug coverage.]*

Phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị nhận lượng thuốc theo toa Phần D được đài thọ dùng *lâu dài*:

| **Bậc** | **Chia sẻ chi phí bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới)**  ([*insert if applicable:* up to a] *[insert number of days]*-ngày tiếp liệu) | **Chia sẻ chi phí bán lẻ ưu tiên (trong mạng lưới)**  ([*insert if applicable:* up to a] *[insert number of days]*-ngày tiếp liệu) | **Chia sẻ chi phí đặt hàng qua đường bưu điện**  ([*insert if applicable:* up to a] *[insert number of days]*-ngày tiếp liệu) |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bậc Chia Sẻ Chi Phí 1**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Chia sẻ Chi phí Bậc 2**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Bậc Chia Sẻ Chi Phí 3**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Bậc Chia Sẻ Chi Phí 4**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |

*[For plans that offer insulin cost sharing different from the cost sharing applicable to the other drugs on the same tier, insert the following if these cost sharing levels are applicable:* Quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn *[inset the applicable language:* $70 *[update the cost sharing amount, if lower than $70]* cho tiếp liệu tối đa hai tháng hoặc $105*[update the cost sharing amount, if lower than $105]* cho tiếp liệu tối đa ba tháng*]* của mỗi sản phẩm insulin được đài thọ bất kể bậc chia sẻ chi phí *[modify as needed if plan offers multiple cost sharing amounts for insulins (e.g., preferred and non-preferred insulins)] [insert only if plan’s benefits design includes a deductible:* ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình.*]*

#### Phần 5.5 Quý vị ở lại Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu cho đến khi [*insert as applicable:* tổng chi phí thuốc của quý vị trong năm đạt $*[insert initial coverage limit] OR* chi phí xuất túi trong năm đạt $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* ]

Quý vị ở lại Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu cho đến khi tổng số tiền cho các thuốc theo toa mà quý vị đã mua đã đạt đến **giới hạn $*[insert initial coverage limit****]* **cho Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu**.

[*Plans with no additional coverage gap replace the text above with:* Quý vị ở lại Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu cho đến khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]*. Quý vị sau đó chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương.]

[*Insert if applicable:* Chúng tôi cung cấp bảo hiểm bổ sung đối với một số thuốc theo toa thường không được đài thọ trong Chương trình Thuốc Kê toa của Medicare. Các khoản thanh toán được thực hiện cho những loại thuốc này sẽ không được tính vào [*insert if plan has a coverage gap:* giới hạn bảo hiểm ban đầu hoặc] tổng chi phí tự trả] của quý vị.

EOB Phần D mà quý vị nhận được sẽ giúp quý vị theo dõi số tiền quý vị, Chương trình và bất kỳ bên thứ ba nào đã thay mặt quý vị trong năm. Nhiều người không đạt đến giới hạn [*insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit] OR* $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* ] trong một năm.

Chúng tôi sẽ cho quý vị biết liệu quý vị có đạt được số tiền này không. Nếu quý vị không đạt được số tiền này, quý vị sẽ rời khỏi Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu và chuyển sang [*insert as applicable:* Giai đoạn Khoảng trống Bảo hiểm *OR* Giai đoạn Bảm hiểm Tai ương]. Xem Phần 1.3 về cách Medicare tính toán chi phí tự trả của quý vị.

### PHẦN 6 Chi phí trong Giai đoạn Khoảng trống Bảo hiểm

[*Plans with no coverage gap replace Section 6 title with:* Không có khoảng trống bảo hiểm cho *[insert 2024 plan name].*]

[*Plans with no coverage gap replace text below with*: Không có khoảng trống bảo hiểm cho *[insert 2024 plan name]*. Khi quý vị rời khỏi Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, quý vị sẽ chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương (xem Phần 7).]

*[Plans with some coverage in the gap, revise the text below as needed to describe the plan’s coverage.]*

Khi quý vị đang ở Giai đoạn Khoảng trống Bảo hiểm, Chương Trình Giảm Giá Khoảng trống Bảo hiểm Medicare cung cấp giảm giá của nhà sản xuất đối với các loại thuốc chính hiệu. Quý vị trả 25% giá đã thương lượng và một phần phí cấp thuốc cho thuốc chính hiệu. Cả số tiền quý vị phải trả và số tiền giảm giá của nhà sản xuất được tính vào chi phí xuất túi của quý vị như thể quý vị đã trả tiền cho họ và di chuyển quý vị qua giai đoạn khoảng trống bảo hiểm.

Quý vị cũng được bảo hiểm một phần cho các thuốc gốc. Quý vị trả không quá 25% chi phí cho thuốc gốc và Chương trình trả phần còn lại. Chỉ có số tiền quý vị thanh toán và di chuyển quý vị qua khoảng trống bảo hiểm.

Quý vị tiếp tục thanh toán các chi phí này cho đến khi các khoản thanh toán tự trả hàng năm của quý vị đạt đến số tiền tối đa mà Medicare đã lập. Khi quý vị đạt được số tiền này ($*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* ) quý vị đã rời Khỏi Giai Đoạn Khoảng trống Bảo hiểm và chuyển sang Giai Đoạn Bảo hiểm Tai ương.

Medicare có những quy tắc về số tiền được tính và những gì *không* được tínhvào chi phí tự trả của quý vị (Phần 1.3).

### PHẦN 7 Trong Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai ương, Chương trình thanh toán toàn bộ chi phí cho các thuốc Phần D được đài thọ của quý vị

*[Plans with a single coverage stage: modify this section as necessary.]*

* Quý vị đã bước vào Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương khi chi phí tự trả của quý vị đã đạt đến giới hạn $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* trong năm dương lịch. Khi quý vị đang ở giai đoạn Bảo hiểm Tai ương, quý vị sẽ ở lại giai đoạn thanh toán này đến cuối năm dương lịch. [*Plans that do not cover excluded drugs under an enhanced benefit, OR plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit but with the same cost sharing as covered Part D drugs in this stage (i.e., no cost sharing), insert the following:* Chương trình thanh toán toàn bộ chi phí cho các thuốc Phần D được đài thọ của quý vị. Quý vị không phải chi trả gì cả.]
* [*Plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit with cost sharing in this stage, insert the following two bullets:*
  + Trong giai đoạn thanh toán này, Chương trình thanh toán toàn bộ chi phí cho các thuốc Phần D được đài thọ của quý vị. Quý vị không phải trả gì cả.
  + Đối với các loại thuốc bị loại trừ được bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm cao hơn của chúng tôi, quý vị trả *[insert copay of coinsurance amount].*]

### PHẦN 8 Thông tin quyền lợi bổ sung

*[Optional: Insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the sections above.]*

*[Plans with no cost sharing may move this section to Chapter 5.]*

### PHẦN 9 Vắc-xin Phần D. Những gì quý vị thanh toán phụ thuộc vào cách thức và nơi quý vị nhận được chúng

*[Plans may revise this section as needed.]*

**Thông báo quan trọng về những gì quý vị thanh toán cho vắc-xin –** Mộtsố loại vắc-xin được coi là quyền lợi y tế. Các loại vắc-xin khác được coi là thuốc Phần D. Quý vị có thể tìm thấy những vắc-xin này được liệt kê trong "Danh sách Thuốc" của Chương trình. Chương trình của chúng tôi đài thọ hầu hết vắc-xin Phần D cho người lớn miễn phí cho quý vị *[insert only if plan’s benefit design includes a deductible:* ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình*]*. Hãy tham khảo "Danh sách Thuốc" của Chương trình quý vị hoặc liên hệ với Dịch Vụ Thành viên để biết chi tiết về bảo hiểm và chia sẻ chi phí về các loại vắc-xin cụ thể.

Có hai phần trong bảo hiểm tiêm vắc-xin Phần D của chúng tôi:

* Phần đầu tiên của bảo hiểm là chi phí của **chính vắc-xin**.
* Phần thứ hai của bảo hiểm là dành cho chi phí **cấp vắc-xin cho quý vị.** (Điều này đôi khi được gọi là việc tiêm vắc-xin.)

Chi phí tiêm vắc-xin Phần D của quý vị phụ thuộc vào ba điều:

1. **Cho biết vắc-xin có được khuyến cáo sử dụng cho người lớn hay không bởi một tổ chức có tên là Ủy ban Tư vấn hoặc Thực hành Tiêm chủng (ACIP).**

* Hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho Người lớn đều được ACIP khuyến cáo và quý vị không phải trả phí.

**2. Quý vị tiêm vắc-xin ở đâu.**

* Bản thân vắc-xin có thể được phân phát bởi một hiệu thuốc hoặc do văn phòng bác sĩ cung cấp.

**3. Ai tiêm vắc-xin cho quý vị.**

* Một dược sĩ hoặc nhà cung cấp khác có thể tiêm vắc-xin tại hiệu thuốc. Ngoài ra, một nhà cung cấp có thể tiêm cho nó trong văn phòng bác sĩ.

Những gì quý vị trả vào thời điểm quý vị được tiêm vắc-xin Phần D có thể khác nhau tùy thuộc vào trường hợp và **giai đoạn** **thanh toán thuốc** của quý vị.

* Đôi khi, khi quý vị được tiêm vắc-xin, quý vị phải trả toàn bộ chi phí cho cả vắc-xin và chi phí cho nhà cung cấp dịch vụ tiêm vắc-xin cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu Chương trình của chúng tôi trả lại cho quý vị phần chi phí của chúng tôi. Đối với hầu hết 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 trả.
* Những lần khác, khi quý vị được tiêm vắc-xin, quý vị sẽ chỉ trả phần chi phí theo quyền lợi Phần D của quý vị. Đối với hầu hết các 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 tiêm vắc-xin Phần D.

*Tình huống 1:* Quý vị được tiêm vắc-xin Phần D tại nhà thuốc trong mạng lưới. (Quý vị có lựa chọn này hay không tùy thuộc vào nơi quý vị sống. Một số tiểu bang không cho phép các nhà thuốc cung cấp một số loại vắc-xin nhất định.)

* Đối với hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho Người lớn, quý vị sẽ không phải trả tiền.
* Đối với các vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ trả nhà thuốc của quý vị *[insert as appropriate:* đồng bảo hiểm *OR* đồng thanh toán] cho vắc-xin, trong đó bao gồm chi phí tiêm vắc-xin.
* Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán phần còn lại của chi phí.

*Tình huống 2:* Quý vị được tiêm vắc-xin Phần D tại phòng mạch bác sĩ của quý vị.

* Khi tiêm vắc-xin, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí tiêm vắc-xin và chi phí để nhà cung cấp dịch vụ cung cấp vắc-xin cho quý vị.
* Sau đó quý vị có thể yêu cầu Chương trình của chúng tôi trả phần chi phí của chúng tôi bằng cách sử dụng các quy trình được mô tả trong Chương 7.
* Đối với hầu hết vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ được bồi hoàn toàn bộ số tiền quý vị đã trả. Đối với các vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ được bồi hoàn số tiền quý vị đã trả trừ đi bất kỳ khoản [*insert as appropriate:* đồng bảo hiểm *OR* đồng thanh toán nào] cho vắc-xin (bao gồm cả tiền tiêm chủng) [Chỉ, *insert the following if an out-of-network differential is charged for a vaccine not identified as an adult ACIP-recommended $0 cost sharing vaccine:* và trừ đi bất kỳ phần chênh lệch nào giữa số tiền mà bác sĩ tính và khoản thanh toán thông thường của chúng tôi. (Nếu quý vị nhận được "Hỗ trợ Bổ sung", chúng tôi sẽ bồi hoàn cho quý vị phần chênh lệch này.)]

*Tình huống 3:* Quý vị tự mua vắc-xin Phần D tại nhà thuốc trong mạng lưới, và sau đó mang đến phòng khám bác sĩ của quý vị nơi họ tiêm vắc-xin cho quý vị.

* Đối với hầu hết các vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ không phải trả tiền cho chính vắc-xin.
* Đối với các vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ trả nhà thuốc của quý vị [*insert as appropriate:* đồng bảo hiểm *OR* đồng thanh toán] cho bản thân vắc-xin.
* Khi bác sĩ của quý vị chích ngừa 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 của chúng tôi trả phần chi phí của chúng tôi bằng cách sử dụng các thủ thuật được mô tả trong Chương 7.
* Đối với hầu hết vắc-xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ được bồi hoàn toàn số tiền quý vị đã trả. [*Insert as appropriate:* Đối với các vắc-xin Phần D khác, quý vị sẽ được bồi hoàn số tiền quý vị đã trả trừ đi bất kỳ khoản đồng bảo hiểm nào cho việc tiêm vắc-xin.]
* [Chỉ *insert the following if an out-of-network differential is charged for a vaccine that is not an adult ACIP-recommended $0 cost sharing vaccine:* và trừ đi bất kỳ khoản chênh lệch nào giữa số tiền mà bác sĩ tính phí và số tiền chúng tôi thường chi trả. (Nếu quý vị nhận được "Hỗ trợ Bổ sung", chúng tôi sẽ bồi hoàn cho quý vị phần chênh lệch này.)]

*[Insert any additional information about your coverage of vaccines and vaccine administration.]*

## CHƯƠNG 7: *Yêu cầu chúng tôi trả [plans with cost sharing insert: our share of]* một hóa đơn mà quý vị nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được đài thọ

*[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid covered benefits. Plans may not revise the chapter or section headings except as indicated.]*

### PHẦN 1 Những tình huống mà quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ của quý vị

Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi lập hóa đơn trực tiếp cho Chương trình cho các dịch vụ và thuốc được đài thọ của quý vị *[plans with cost sharing delete the rest of this sentence]* – quý vị không nên nhận được hóa đơn cho các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ. Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho [*plans with cost sharing insert:* toàn bộ chi phí] chăm sóc y tế hoặc thuốc mà quý vị nhận được, 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 này có được đài thọ hay không. Nếu chúng tôi quyết định đài thọ, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

**Nếu quý vị đã thanh toán cho một dịch vụ hoặc vật dụng Medicare được Chương trình đài thọ**, quý vị có thể yêu cầu Chương trình của chúng tôi trả lại tiền cho quý vị (việc trả lại tiền cho quý vị thường được gọi là **bồi hoàn**). Quý vị có quyền được Chương trình của chúng tôi trả lại tiền bất cứ khi nào quý vị đã trả [*insert if plan has cost sharing:* nhiều hơn phần chi phí của quý vị] cho các dịch vụ hoặc thuốc y tế được Chương trình của chúng tôi đài thọ. Có thể có hạn chót mà quý vị phải đáp ứng để được trả lại tiền. Hãy xem Phần 2 của Chương này. Khi quý vị gửi cho chúng tôi hóa đơn quý vị đã thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ hoặc thuốc đó có được đài thọ hay không. Nếu chúng tôi quyết định là chúng nên được đài thọ, chúng tôi sẽ trả lại tiền cho quý vị cho các dịch vụ hoặc thuốc.

Cũng có thể có lúc quý vị nhận được hóa đơn từ một nhà cung cấp với chi phí đầy đủ của dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận được hoặc có thể nhiều hơn khoản 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. Nếu điều đó không hiệu quả, hãy gửi hóa đơn này cho chúng tôi thay vì trả tiền. Chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định các dịch vụ đó có được đài thọ hay không. Nếu chúng tôi quyết định đài thọ, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp. Nếu quyết định không thanh toán, chúng tôi sẽ thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ. Quý vị không bao giờ phải trả nhiều hơn mức chia sẻ chi phí được Chương trình cho phép. Nếu nhà cung cấp này có hợp đồng, quý vị vẫn có quyền điều trị.

Đây là ví dụ về các tình huống mà quý vị có thể cần phải yêu cầu Chương trình của chúng tôi trả lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận được:

**1. Khi quý vị nhận được sự chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp cần được chăm sóc y tế từ một nhà cung cấp không có trong mạng lưới Chương trình của chúng tôi**

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

* Nếu quý vị tự trả toàn bộ số tiền tại thời điểm quý vị nhận dịch vụ chăm sóc, hãy đề nghị chúng tôi trả lại cho quý vị [*insert if the plan has cost sharing:* phần chia sẻ của chúng tôi trong chi phí]. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn, cùng với tài liệu hay bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã trả.
* Quý vị có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp yêu cầu thanh toán mà quý vị nghĩ là quý vị không nợ. Hãy gửi hóa đơn này chúng tôi, cùng với tài liệu về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.
  + Nếu nhà cung cấp còn bất cứ khoản phải thu nào, chúng tôi sẽ trả tiền trực tiếp cho nhà cung cấp.
  + Nếu quý vị đã trả [*insert if the plan has cost sharing:* nhiều hơn số tiền chia sẻ của quý vị] cho dịch vụ, chúng tôi sẽ [*insert if the plan has cost sharing:* xác định số tiền quý vị nợ và] trả lại cho quý vị [*insert if the plan has cost sharing:* phần chi phí của chúng tôi].

**2. Khi nhà cung cấp trong mạng lưới gửi cho quý vị hóa đơn mà quý vị cho là không nên trả**

Các nhà cung cấp trong mạng lưới phải luôn lập hóa đơn trực tiếp cho Chương trình. Nhưng đôi khi họ phạm sai lầm, và yêu cầu quý vị trả tiền cho [*insert as appropriate:* dịch vụ của quý vị *OR* nhiều hơn số tiền chia sẻ chi phí của quý vị].

* *[Plans that are zero cost-share plans or approved to exclusively enroll full-benefit dual eligible individuals who do not pay Parts A and B cost sharing delete this paragraph.]* Quý vị chỉ phải trả số tiền chia sẻ chi phí khi quý vị nhận được các dịch vụ được đài thọ. Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp thêm các khoản phí riêng biệt bổ sung, được gọi là **lập hóa đơn phần chênh lệch**. Việc bảo vệ này (quý vị không bao giờ thanh toán nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị) áp dụng ngay cả khi chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp ít hơn khoản phí của nhà cung cấp cho dịch vụ và ngay cả khi có tranh cãi và chúng tôi không thanh toán các chi phí nhất định của nhà cung cấp. [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp lập hóa đơn cho quý vị cho các dịch vụ được đài thọ. Chúng tôi thanh toán trực tiếp cho các nhà cung cấp của mình và chúng tôi bảo vệ quý vị trước mọi khoản thu. Điều này đúng ngay cả khi chúng tôi trả cho nhà cung cấp ít hơn phí nhà cung cấp cho một dịch vụ.]
* Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ một nhà cung cấp trong mạng lưới [*insert if the plan has cost sharing:* mà quý vị cho là nhiều hơn quý vị nên trả], hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề về thanh toán.
* Nếu quý vị đã trả hóa đơn cho một nhà cung cấp trong mạng lưới, [*insert if plan has cost sharing:* nhưng quý vị cảm thấy rằng quý vị đã trả quá nhiều,] hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi cùng với tài liệu về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện. Quý vị nên yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị [*insert as appropriate:* cho các dịch vụ được đài thọ của quý vị *OR* cho khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả và số tiền quý vị nợ theo Chương trình].

**3. Nếu quý vị ghi danh hồi tố vào Chương trình của chúng tôi**

Đôi khi việc ghi danh của một người vào Chương trình là hồi tố. (Điều này có nghĩa là ngày đầu tiên của quá trình ghi danh đã trôi qua. ngày ghi danh thậm chí có thể xảy ra năm ngoái.)

Nếu quý vị đã ghi danh hồi tối vào Chương trình của chúng tôi và quý vị tự trả tiền cho bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ nào của quý vị sau ngày ghi danh, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị [*insert if the plan has cost sharing:* phần chia sẻ chi phí của chúng tôi]. Quý vị sẽ phải nộp giấy tờ như phiếu thu và hóa đơn cho chúng tôi để xử lý bồi hoàn.

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

Nếu quý vị đến một hiệu thuốc ngoài mạng lưới, nhà thuốc có thể không thể nộp yêu cầu thanh toán trực tiếp cho chúng tôi. Khi việc đó xảy ra, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa của quý vị.

Lưu biên lai của quý vị và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị đề nghị chúng tôi trả lại quý vị [*insert if the plan has cost sharing:* đốivới phần chia sẻ chi phí của chúng tôi]. Xin nhớ rằng chúng tôi chỉ bảo hiểm cho các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp nhất định. Hãy xem Chương 5, Phần 2.5 để thảo luận về những trường hợp này.

**5. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa vì quý vị không có thẻ thành viên Chương trình của mình với quý vị**

Nếu quý vị không mang theo thẻ thành viên Chương trình bên mình, quý vị có thể yêu cầu hiệu thuốc gọi cho Chương trình hoặc tra cứu thông tin ghi danh Chương trình của quý vị. Tuy nhiên, nếu hiệu thuốc không thể nhận được thông tin ghi danh mà họ cần ngay lập tức, quý vị có thể cần phải tự thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa. Lưu biên lai của quý vị và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị đề nghị chúng tôi trả lại quý vị [*insert if the plan has cost sharing:* đối với phần chia sẻ chi phí của chúng tôi].

**6. Khi quý vị trả toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa trong những tình huống khác**

Quý vị có thể trả toàn bộ chi phí của thuốc theo toa vì quý vị thấy rằng thuốc không được đài thọ vì một số lý do.

* Ví dụ: thuốc có thể không có trong "Danh sách thuốc" của Chương trình hoặc thuốc có thể có yêu cầu hoặc giới hạn mà quý vị không biết hoặc không nghĩ nên áp dụng cho quý vị. Nếu quý vị quyết định mua thuốc ngay lập tức, quý vị có thể cần phải trả toàn bộ chi phí cho thuốc.
* Lưu biên lai của quý vị và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị đề nghị chúng tôi trả lại tiền cho quý vị. Trong một số tình huống, chúng tôi có thể cần phải nhận thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị để trả lại cho quý vị [*insert if plan has cost sharing:* phần chi phí của chúng tôi đối với] thuốc.

*[Plans should insert additional circumstances under which they will accept a paper claim from a member.]*

Khi quý vị gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị và quyết định liệu dịch vụ hoặc thuốc có nên được đài thọ hay không. Điều này được gọi là ra **quyết định về bảo hiểm**. Nếu quyết định được đài thọ, chúng tôi sẽ chi trả [*insert if the plan has cost sharing:* phần chi phí của chúng tôi cho] 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 trả lại tiền hoặc trả hóa đơn mà quý vị đã nhận được

*[Plans may edit this section to include a second address if they use different addresses for processing medical and drug claims.]*

*[Plans may edit this section as necessary to describe their claims process.]*

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị bằng cách *[If the plan allows members to submit oral payment requests, insert the following language: either calling us or]* gửi cho chúng tôi một yêu cầu bằng văn bản. Nếu quý vị gửi yêu cầu bằng văn bản, hãy gửi hóa đơn và giấy tờ về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện. Quý vị nên chụp lại các hóa đơn và biên lai để lưu hồ sơ [*Insert if applicable:* **Quý vị phải gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi trong vòng *[insert timeframe]*** kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc.]

[*If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language:* Để đảm bảo rằng quý vị đang cung cấp cho chúng tôi tất cả thông tin mà chúng tôi cần để đưa ra quyết định, quý vị có thể điền vào mẫu yêu cầu thanh toán của chúng tôi để thực hiện yêu cầu thanh toán của quý vị.

* Quý vị không phải sử dụng biểu mẫu nhưng nó sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn. *[Insert the required data needed to make a decision (e.g. name, date of services, item, etc.)]*
* Hoặc tải xuống bản sao biểu mẫu từ trang web của chúng tôi (*[insert URL]*) hoặc gọi Dịch vụ Thành viên và yêu cầu mẫu.]

*[Plans with different addresses for Part C and Part D claims may modify this paragraph as needed and include the additional address.]* Gửi yêu cầu thanh toán của quý vị cùng với bất kỳ hóa đơn hoặc biên lai đã thanh toán nào cho chúng tôi tại địa chỉ này:

*[Insert address]*

### PHẦN 3 Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và nói có hoặc không

#### Phần 3.1 Chúng tôi kiểm tra để xem liệu chúng tôi có nên đài thọ cho thuốc không [*insert if the plan has cost sharing*: và số tiền chúng tôi nợ]

Khi chúng tôi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ cho quý vị biết liệu chúng tôi có cần bất kỳ thông tin bổ sung nào từ quý vị hay không. Nếu không, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị và đưa ra quyết định về bảo hiểm.

* Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ chăm sóc y tế [hoặc thuốc] được đài thọ và quý vị đã tuân theo tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ chi trả [*insert if the plan has cost sharing:* phần chia sẻ của chúng tôi trong chi phí] cho dịch vụ đó. Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi [*insert if the plan has cost sharing:* khoản bồi hoàn qua đường bưu điện cho quý vị phần chi phí của chúng tôi] cho quý vị. Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp qua bưu điện.
* Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ chăm sóc y tế [hoặc thuốc] *không* được đài thọ hoặc quý vị đã *không* tuân theo tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ không trả [*insert if the plan has cost sharing:* phần chia sẻ của chúng tôi trong chi phí] cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do tại sao chúng tôi không gửi khoản thanh toán và quyền của quý vị để kháng nghị quyết định đó.

#### Phần 3.2 Nếu chúng tôi cho quý vị biết rằng chúng tôi sẽ không thanh toán cho [*plans with cost sharing insert:* tất cả hoặc một phần] dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc, quý vị có thể kháng nghị

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã phạm sai lầm trong việc từ bỏ yêu cầu thanh toán của quý vị hoặc số tiền chúng tôi đang thanh toán, quý vị có thể kháng nghị. Nếu quý vị kháng nghị, điều đó có nghĩa là quý vị đề nghị chúng tôi thay đổi quyết định mà chúng tôi đưa ra khi chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị. Quy trình kháng nghị là quy trình chính thức với các thủ tục chi tiết và hạn chót quan trọng. Để biết chi tiết cách thực hiện kháng nghị này, hãy truy cập Chương 9 của tài liệu này.

## CHƯƠNG 8: *Các quyền và trách nhiệm của quý vị*

### 

*[****Note*:** *Plans may add to or revise this chapter as needed to reflect NCQA-required language or language required by state Medicaid programs.]*

### PHẦN 1 Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền và sự nhạy cảm văn hóa của quý vị với tư cách là thành viên của Chương trình

#### Phần 1.1 *[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below.]* Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách phù hợp với quý vị và phù hợp với tính nhạy cảm văn hóa của quý vị (bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, chữ nổi Braille, chữ khổ lớn, hoặc định dạng thay thế khác, v.v.)

*[Plans must insert a translation of Section 1.1 in all languages that meet the language threshold.]*

Chương trình của quý vị phải đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng đều được cung cấp theo cách có năng lực văn hóa và có thể tiếp cận với tất cả người ghi danh, bao gồm những người có trình độ tiếng Anh, kỹ năng đọc, khả năng nghe hạn chế hoặc những người có gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Các ví dụ về việc một Chương trình có thể đáp ứng các yêu cầu khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ phiên dịch, dịch vụ thông dịch, teletypewriters, hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản hoặc điện thoại teletypewriter).

Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi từ các thành viên không nói tiếng Anh. *[If applicable, plans may insert information about the availability of written materials in languages other than English.]* Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ nổi Braille, bản in khổ lớn, hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi bắt buộc phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của Chương trình theo một định dạng có thể truy cập và thích hợp cho quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách thức phù hợp với quý vị, vui lòng gọi Dịch vụ Thành viên.

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

Nếu các nhà cung cấp trong mạng lưới của Chương trình không có bác sĩ chuyên khoa, Chương trình có trách nhiệm xác định vị trí các nhà cung cấp dịch vụ 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 trả tiền chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị thấy mình trong một tình huống không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới Chương trình đài thọ cho dịch vụ quý vị cần, hãy gọi cho Chương trình để biết thông tin về nơi nhận dịch vụ này theo cách chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ Chương trình của chúng tôi ở một định dạng dễ tiếp cận và thích hợp cho quý vị, vui lòng gọi để nộp đơn khiếu nại với *[insert plan contact information]*.Quý vị cũng có thể nộp khiếu nại với Medicare bằng cách gọi   
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc trực tiếp với Văn phòng Dân quyền 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

#### Phần 1.2 Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị được tiếp cận kịp thời với các dịch vụ và thuốc được đài thọ của mình

Quý vị có quyền chọn một [*insert as appropriate:* bác sĩ chăm sóc chính (PCP) *OR* nhà cung cấp] trong mạng lưới của Chương trình để cung cấp và sắp xếp các dịch vụ được đài thọ của quý vị. *[Plans may edit this sentence to add other types of providers that members may see without a referral.]* Quý vị cũng có quyền đến gặp một chuyên gia sức khỏe phụ nữ (chẳng hạn như bác sĩ phụ khoa) mà không cần được giới thiệu. [*If applicable, replace previous sentence with:* Chúng tôi không yêu cầu quý vị phải có giấy giới thiệu [*insert if applicable:* để tới các nhà cung cấp trong mạng lưới.]]

Quý vị có quyền đặt các cuộc hẹn và các dịch vụ được đài thọ từ mạng lưới các nhà cung cấp *trong một khoảng thời gian hợp lý*. Điều này bao gồm quyền nhận được dịch vụ một cách kịp thời từ các chuyên gia khi quý vị cần dịch vụ chăm sóc đó. Quý vị cũng có quyền mua thuốc theo toa hoặc mua thêm tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không bị trì hoãn lâu.

Nếu quý vị cho rằng quý vị không được chăm sóc y tế hay thuốc Phần D trong một khoảng thời gian hợp lý, Chương 9 sẽ nói về những gì quý vị có thể làm.

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

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

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

Làm thế nào để chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư của thông tin sức khỏe của quý vị?

* Chúng tôi đảm bảo rằng những người không được phép không nhìn thấy hoặc thay đổi hồ sơ của quý vị.
* Ngoại trừ những trường hợp được ghi chú 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 quý vị hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị, *chúng tôi bắt buộc phải có văn bản cho phép từ quý vị hoặc người nào đó mà quý vị đã cấp quyền hạn pháp lý để đưa ra quyết định trước cho quý vị*.
* Có một số trường hợp ngoại lệ nhất định không yêu cầu chúng tôi phải xin phép bằng văn bản trước. Những ngoại lệ này tuân theo hoặc được yêu cầu bởi pháp luật.
* Chúng tôi được yêu cầu tiết lộ thông tin sức khỏe cho các cơ quan chính phủ đang kiểm tra chất lượng chăm sóc.
* Vì quý vị là thành viên của Chương trình của chúng tôi thông qua Medicare, chúng tôi được yêu cầu cung cấp cho Medicare thông tin sức khỏe của quý vị bao gồm thông tin về thuốc theo toa Phần D của quý vị. Nếu Medicare tiết lộ thông tin của quý vị để nghiên cứu hoặc sử dụng các mục đích sử dụng khác, việc này sẽ được thực hiện theo quy chế và quy định liên bang; thông thường, điều này đòi hỏi rằng thông tin duy nhất xác định quý vị không được chia sẻ.

Quý vị có thể xem thông tin trong hồ sơ của mình và biết cách thông tin đã được chia sẻ với người khác

Quý vị có quyền xem xét hồ sơ y tế của quý vị được giữ tại Chương trình, và nhận một bản sao hồ sơ của quý vị. Chúng tôi được phép thu phí cho việc thêm hoặc chỉnh sửa hồ sơ y tế của quý vị. Quý vị cũng có quyền yêu cầu chúng tôi thêm hoặc chỉnh sửa hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị đề nghị chúng tôi thực hiện việc này, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định xem liệu có nên thực hiện những thay đổi này hay không.

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

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc quan ngại về quyền riêng tư thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị, vui lòng gọi dịch vụ thành viên.

*[****Note:*** *Plans may insert custom privacy practices.]*

#### Phần 1.4 Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về Chương trình, mạng lưới các nhà cung cấp và các dịch vụ được đài thọ của quý vị

*[Plans may edit the section to reflect the types of alternate format materials available to plan members and/or language primarily spoken in the plan service area.]*

Là thành viên của *[insert 2024 plan name]*, quý vị có quyền nhận được một số loại thông tin từ chúng tôi.

Nếu quý vị muốn có bất kỳ loại thông tin nào sau đây, vui lòng gọi Dịch vụ Thành viên:

* **Thông tin về Chương trình của chúng tôi.** Ví dụ: thông tin về tình trạng tài chính của Chương trình.
* **Thông tin về các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.** Quý vị có quyền nhận thông tin về trình độ của các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi và cách chúng tôi thanh toán cho các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi.
* **Thông tin về bảo hiểm và các quy tắc quý vị phải tuân thủ khi sử dụng bảo hiểm của mình.** Chương 3 và 4 cung cấp thông tin liên quan đến 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 một số thứ không được bảo hiểm và những gì quý vị có thể làm.** Chương 9 cung cấp thông tin đề nghị giải thích bằng văn bản về lý do tại sao dịch vụ y tế hoặc thuốc Phần D không được đài thọ hoặc bảo hiểm của quý vị bị hạn chế. Chương 9 cũng cung cấp thông tin về việc đề nghị chúng tôi thay đổi quyết định, còn 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 điều trị của quý vị và tham gia vào các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị

Quý vị có quyền nhận được thông tin đầy đủ từ bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Các nhà cung cấp của quý vị phải giải thích về bệnh trạng của quý vị và các lựa chọn điều trị của quý vị *theo cách quý vị có thể hiểu*.

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

* **Để biết về tất cả các lựa chọn của quý vị.** Quý vị có quyền được thông báo về tất cả các phương án điều trị được khuyến nghị cho bệnh trạng của quý vị, bất kể chi phí hoặc dịch vụ đó có được Chương trình của chúng tôi đài thọ hay không. Nó cũng bao gồm việc được thông báo về các Chương trình mà Chương trình của Chúng tôi cung cấp để giúp các thành viên quản lý thuốc và sử dụng thuốc một cách an toàn.
* **Để biết về những rủi ro.** Quý vị có quyền được thông báo về bất kỳ rủi ro trong việc chăm sóc cho quý vị. Quý vị cần được thông báo trước nếu bất kỳ việc chăm sóc y tế hoặc điều trị được đề xuất là một phần của một thí nghiệm nghiên cứu. Quý vị luôn có thể chọn từ chối bất kỳ phương pháp điều trị thử nghiệm nào.
* **Quyền nói "không".** Quý vị có quyền từ chối bất kỳ điều trị được gợi ý. Điều này bao gồm quyền rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ khuyên quý vị không nên. Quý vị có quyền ngừng dùng thuốc của quý vị. Tất nhiên, nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngừng dùng thuốc, quý vị chấp nhận hoàn toàn trách nhiệm về những gì xảy ra với cơ thể quý vị.

Quý vị có quyền hướng dẫn về việc cần làm gì nếu quý vị không thể đưa ra quyết định y tế cho chính mình

*[****Note****: Plans that would like to provide members with state-specific information about advanced directives, including contact information for the appropriate state agency, may do so.]*

Đôi khi người ta không thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính mình do tai nạn hoặc bệnh nặng. Quý vị có quyền nói điều quý vị muốn xảy ra nếu quý vị đang ở trong tình huống này. Điều này có nghĩa rằng, *nếu quý vị muốn*, quý vị có thể:

* Điền vào một mẫu văn bản để cung cấp **cho ai đó có thẩm quyền pháp lý để đưa ra quyết định y tế cho quý vị** nếu quý vị rơi vào tình huống không thể đưa ra quyết định cho chính mình.
* **Cung cấp cho bác sĩ của quý vị hướng** **dẫn bằng văn bản** về cách quý vị muốn họ xử lý chăm sóc y tế của quý vị nếu quý vị không thể đưa ra quyết định cho chính mình.

Các tài liệu pháp lý mà quý vị có thể sử dụng để chỉ dẫn trước trong những tình huống này được gọi là **chỉ thị trước**. Có các dạng khác nhau và tên gọi khác nhau của chỉ thị trước. Các tài liệu được gọi là **ý** **nguyện trị liệu** và **giấy ủy quyền về chăm sóc sức khỏe** là các ví dụ về chỉ thị trước.

Nếu quý vị muốn sử dụng chỉ thị trước để cung cấp hướng dẫn của mình, đây là việc cần làm:

* **Lấy biểu mẫu.** Quý vị có thể nhận được một mẫu chỉ thị trước từ luật sư của quý vị, từ một nhân viên xã hội, hoặc từ một số cửa hàng cung cấp văn phòng phẩm. Đôi khi quý vị có thể lấy mẫu đơn chỉ thị trước từ các tổ chức cung cấp cho mọi người thông tin về Medicare. [*Insert if applicable:* Quý vị cũng có thể liên hệ với Ban Dịch Vụ Thành viên để yêu cầu các mẫu đơn.]
* **Điền vào và ký tên.** Bất kể quý vị lấy mẫu đơn này từ đâu, hãy nhớ đây là một tài liệu pháp lý. Quý vị cần cân nhắc việc nhờ luật sư giúp quý vị chuẩn bị mẫu.
* **Cung cấp bản sao cho những người thích hợp.** Quý vị nên cung cấp bản sao biểu mẫu cho bác sĩ của quý vị và người quý vị nêu tên trên biểu mẫu có thể đưa ra quyết định cho quý vị nếu quý vị không thể. Quý vị có thể đưa các bản sao cho bạn bè thân hoặc người thân trong gia đình. Lưu giữ một bản sao tại 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** **cùng với quý vị đến bệnh viện**.

* Bệnh viện sẽ hỏi quý vị xem liệu quý vị đã ký một mẫu chỉ thị trước chưa và liệu quý vị có mang theo hay không.
* Nếu quý vị chưa ký tên vào giấy chỉ thị trước, bệnh viện có các mẫu đơn và sẽ hỏi quý vị có muốn ký tên hay không.

**Hãy nhớ rằng, việc quý vị có muốn điền vào một chỉ thị trước hay không là lựa chọn của quý vị** (bao gồm cả việc quý vị muốn ký tên nếu quý vị đang ở trong bệnh viện). Theo luật pháp, không ai có thể từ chối sự chăm sóc cho quý vị hay phân biệt đối xử với quý vị dựa trên việc quý vị đã ký giấy chỉ thị trước hay chưa.

Điều gì sẽ xảy ra nếu không theo hướng dẫn của quý vị?

Nếu quý vị đã ký giấy chỉ thị trước và quý vị cho rằng một bác sĩ hoặc bệnh viện không thực hiện theo các hướng dẫn trong đó, quý vị có thể nộp đơn than phiền với *[insert appropriate state-specific agency (such as the State Department of Health)]*. *[Plans also have the option to include a separate exhibit to list the state-specific agency in all states, or in all states in which the plan is filed, and then should revise the previous sentence to refer to that exhibit.]*

#### Phần 1.6 Quý vị có quyền khiếu nại và đề nghị chúng tôi xem xét lại các quyết định mà chúng tôi đã đưa ra

Nếu quý vị có bất kỳ vấn đề, quan ngại hay khiếu nại nào cần yêu cầu bảo hiểm, hoặc kháng nghị, Chương 9 của tài liệu này cho biết quý vị có thể làm gì. Dù quý vị làm điều gì – yêu cầu quyết định bảo hiểm, 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 mình đang bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng?

Nếu là về phân biệt đối xử, hãy gọi cho Văn Phòng Dân Quyền

Nếu quý vị cho rằng quý vị đã bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị đã không được tôn trọng do chủng tộc của quý vị, tình trạng khuyết tật, tôn giáo, giới tính, sức khỏe, dân tộc, tín ngưỡng (tín ngưỡng), tuổi tác, khuynh hướng tình dục hoặc nguồn gốc quốc gia, quý vị nên gọi cho **Văn Phòng Dân quyền**, 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 tại địa phương của quý vị.

Nó có phải là về cái gì khác không?

Nếu cho rằng quý vị đã bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng, *và không* phải là về phân biệt đối xử, quý vị có thể được trợ giúp giải quyết vấn đề quý vị đang gặp:

* Quý vị có thể gọicho **Dịch vụ Thành viên**.
* Quý vị có thể **gọi cho SHIP.** Để biết chi tiết, hãy đi tới 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).

[*As applicable, plans may include additional bullets with contact information for Medicaid and state ombudsman programs consistent with Chapter 2, Section 6.*]

#### Phần 1.8 Cách nhận thêm thông tin về quyền của quý vị

Có một số nơi quý vị có thể nhận thêm thông tin về quyền của mình:

* Quý vị có thể gọicho **Dịch vụ Thành viên**.
* Quý vị có thể **gọi cho SHIP** Để biết chi tiết, hãy đi tới Chương 2, Phần 3.
* Quý vị có thể liên hệvới **Medicare**.
  + Quý vị có thể truy cập trang web của Medicare để đọc hoặc tải về ấn phẩm *Quyền & các Biện pháp Bảo vệ Medicare.* (Ấn phẩm có tại: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://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 thành viên của Chương trình

*[Plans may add information about estate recovery and other requirements mandated by the state.]*

Những điều quý vị cần làm khi là một thành viên của Chương trình được liệt kê dưới đây. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên.

* **Làm quen với các dịch vụ được đài thọ của quý vị và các quy tắc quý vị phải tuân theo để nhận các dịch vụ được đài thọ này**. Sử dụng Chứng từ Bảo hiểm này để tìm hiểu điều gì được đài thọ cho quý vị và các quy tắc quý vị cần làm theo để nhận các dịch vụ được đài thọ của quý vị.
  + Chương 3 và 4 cung cấp chi tiết về các dịch vụ y tế của quý vị.
  + Chương 5 và 6 cung cấp chi tiết về bảo hiểm thuốc theo toa Phần D của quý vị.
* **Nếu quý vị có bất kỳ bảo hiểm y tế nào khác hay bảo hiểm thuốc kê toa ngoài Chương trình của chúng tôi, quý vị phải cho chúng tôi biết.** Chương 1 cho quý vị biết về việc điều phối các quyền lợi này.
* **Thông báo cho bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác rằng quý vị đã ghi danh vào Chương trình của chúng tôi.** Trình thẻ thành viên Chương trình của quý vị [*insert if applicable:* và thẻ Medicaid] bất cứ khi nào quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa Phần D.
* **Giúp bác sĩ và nhà cung cấp khác chăm sóc cho quý vị bằng cách cung cấp cho họ thông tin, đặt câu hỏi, và theo dõi chăm sóc cho quý vị.**
  + Để giúp nhận được dịch vụ chăm sóc tốt nhất, hãy thông báo cho bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Thực hiện theo kế hoạch và hướng dẫn điều trị mà quý vị và bác sĩ của quý vị đồng ý.
  + Chắc chắn rằng bác sĩ của quý vị biết tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, bao gồm thuốc không kê toa, vitamin, và các sản phẩm bổ sung.
  + Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hãy nhớ hỏi và nhận được câu trả lời quý vị có thể hiểu.
* **Hãy để ý.** Chúng tôi mong tất cả thành viên của chúng tôi tôn trọng quyền của các bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng mong quý vị hành động theo cách giúp cho văn phòng bác sĩ, bệnh viện và các văn phòng khác hoạt động suôn sẻ.
* *[Plans may edit as needed to reflect the costs applicable to their members.]* **Thanh toán số tiền quý vị nợ.** Là thành viên Chương trình, quý vị chịu trách nhiệm về các khoản thanh toán này:
  + [*Insert if applicable:* Quý vị phải trả phí bảo hiểm Chương trình của mình.]
  + Quý vị phải tiếp tục chi trả phí bảo hiểm Medicare của mình để tiếp tục làm thành viên của Chương trình.

*[Delete this bullet if plan does not have cost sharing.]* Đối với hầu hết [*insert if plan has cost sharing for medical services* các dịch vụ y tế hoặc thuốc được Chương trình đài thọ, quý vị phải trả phần chi phí khi quý vị nhận được [*insert if plan has cost sharing for medical services:* dịch vụ hoặc] thuốc. *[Plans that do not disenroll members for non-payment may modify this section as needed.]*

* + Nếu quý vị được yêu cầu phải trả khoản tiền phụ phí cho Phần D vì thu nhập cao hơn của quý vị (như đã báo cáo trong tờ khai thuế gần nhất của quý vị), quý vị phải tiếp tục chi trả số tiền phụ phí trực tiếp cho chính phủ để tiếp tục làm thành viên của Chương trình.
* **Nếu quý vị chuyển đi *trong* khu vực dịch vụ Chương trình của chúng tôi, chúng tôi cần biết** để chúng tôi có thể cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị và biết cách liên lạc với quý vị.
* **Nếu quý vị chuyển *ra ngoài* khu vực dịch vụ Chương trình của chúng tôi, quý vị** *[if a continuation area is offered, insert "generally" here and then explain the continuation area]* **không thể tiếp tục làm thành viên của Chương trình của chúng tôi.**
* Nếu quý vị chuyển đi, điều quan trọng là phải báo cho Sở An Sinh Xã Hội (hoặc Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa).

## CHƯƠNG 9A: *Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề* *hay khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, phàn nàn)*

### 

*[Applicable integrated plans, the subset of fully integrated dual eligible special need plans (FIDE SNPs) and highly integrated dual eligible special need plans (HIDE SNPs) with exclusively aligned enrollment, are required to use Chapter 9B instead of Chapter 9A.]*

*[Plans should remove the corresponding letter, either "A" or "B", from whichever version of Chapter 9 the plan uses (either Chapter 9A or Chapter 9B) from the document. This includes the main table of contents, Chapter 9 cover page, and Chapter 9 table of contents.]*

*[Plans should ensure that the text or section heading immediately preceding each Legal Terms box is kept on the same page as the box.]*

### PHẦN 1 Giới thiệu

#### Phần 1.1 Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc quan ngại

Chương này giải thích các quy trình xử lý các vấn đề và quan ngại. Quá trình quý vị sử dụng để xử lý vấn đề của quý vị phụ thuộc vào hai điều:

1. Vấn đề của quý vị là về các quyền lợi được **Medicare** hoặc **Medicaid đài thọ**. Nếu quý vị muốn được giúp quyết định có sử dụng quy trình Medicare hay quy trình Medicaid hay không, vui lòng liên hệ với Ban Dịch vụ Thành viên.
2. Loại vấn đề quý vị đang gặp:
   * Đối với một số vấn đề, quý vị cần phải sử dụng **quy trình đưa ra quyết định về bảo hiểm và kháng nghị**.
   * Đối với những vấn đề khác, quý vị cần phải sử dụng **quy trình khiếu nại**; còn gọi là than phiền.

Các quy trình này đã được Medicare phê duyệt. Mỗi quy trình có một bộ các quy tắc, thủ tục và hạn chót phải được chúng tôi và quý vị tuân theo.

Hướng dẫn trong Phần 3 sẽ giúp quý vị xác định đúng quy trình sử dụng và những gì quý vị nên làm.

#### Phần 1.2 Còn các thuật ngữ pháp lý thì sao?

Có các thuật ngữ pháp lý cho một số quy tắc, thủ tục và loại hạn chót 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 làm cho 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 là khiếu nại thay vì nộp đơn khiếu nại, quyết định về bảo hiểm thay vì quyết định tổ chức hoặc xác định bảo hiểm hay xác định rủi ro, và tổ chức xem xét độc lập thay vì Thực thể Xét duyệt Độc lập.
* Nó cũng sử dụng từ viết tắt ít nhất có thể.

Tuy nhiên, có thể hữu ích – và đôi khi khá quan trọng – nếu quý vị biết các thuật ngữ pháp lý chính xác. Việc biết được nên sử dụng các thuật ngữ nào sẽ giúp quý vị giao tiếp một cách chính xác hơn để nhận được sự trợ giúp hoặc thông tin phù hợp cho tình huống của quý vị. Để giúp quý vị biết sử dụng thuật ngữ nào, chúng tôi đưa vào các thuật ngữ pháp lý khi chúng tôi cung cấp chi tiết để xử lý các loại tình huống cụ thể.

### PHẦN 2 Nơi nhận thêm thông tin và hỗ trợ được cá nhân hóa

Chúng tôi luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị. Ngay cả khi quý vị có khiếu nại về việc chúng tôi đối xử với quý vị, chúng tôi có nghĩa vụ phải tôn trọng quyền khiếu nại của quý vị. Do đó, quý vị nên 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 kết với chúng tôi. Dưới đây là hai thực thể có thể hỗ trợ quý vị.

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

Mỗi tiểu bang có một Chương trình chính phủ với các tham vấn viên được đào tạo. Chương trình này không liên kết với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc Chương trình sức khỏe nào. Các tư vấn viên của Chương trình này có thể giúp quý vị hiểu quy trình nào quý vị nên sử dụng để xử lý vấn đề quý vị đang gặp phải. Họ cũng có thể trả lời các câu hỏi của quý vị, cung cấp cho quý vị thêm thông tin, và hướng dẫn về việc cần làm.

Dịch vụ tư vấn SHIP là miễn phí. *[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it.]* Quý vị sẽ tìm thấy các 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 nhận trợ giúp. Để liên hệ Medicare:

* Quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.
* Quý vị cũng có thể truy cập trang web của Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

Quý vị có thể nhận trợ giúp và thông tin từ Medicaid

*[Insert contact information for the state Medicaid agency. Plans may insert similar sections for the QIO or ombudsman.]*

### PHẦN 3 Để giải quyết vấn đề của quý vị, quý vị nên sử dụng quy trình nào?

Vì quý vị có Medicare và nhận hỗ trợ từ Medicaid, quý vị có các quy trình khác nhau mà quý vị có thể sử dụng để xử lý vấn đề hoặc khiếu nại của mình. Quy trình quý vị sử dụng tùy thuộc vào vấn đề đó là về các quyền lợi của Medicare hay Medicaid. Nếu vấn đề của quý vị là về một quyền lợi được đài thọ bởi Medicare, thì quý vị nên sử dụng quy trình của Medicare. Nếu vấn đề của quý vị là về một quyền lợi được đài thọ bởi Medicaid, thì quý vị nên sử dụng quy trình của Medicaid. Nếu quý vị muốn được giúp quyết định có sử dụng quy trình Medicare hay quy trình Medicaid hay không, vui lòng liên hệ với Ban Dịch vụ Thành viên.

Quy trình Medicare và quy trình Medicaid được mô tả trong các phần khác nhau của Chương này. Để tìm hiểu xem quý vị nên đọc phần nào, hãy sử dụng biểu dưới đây.

Vấn đề của quý vị là về quyền lợi từ Medicare hay quyền lợi từ Medicaid?

Nếu quý vị muốn được giúp quyết định xem vấn đề của quý vị có liên quan đến các quyền lợi của Medicare hay các quyền lợi của Medicaid, vui lòng liên hệ với Ban Dịch vụ Thành viên.

Vấn đề của tôi là về các quyền lợi bảo hiểm **Medicare**.

Đến phần tiếp theo của Chương này, **Phần 4, Xử lý các vấn đề về các quyền lợi Medicare của quý vị**.

Vấn đề của tôi là về bảo hiểm **Medicaid**.

Bỏ qua và đi đến **Phần 12** của Chương này, **Xử lý các vấn đề về các quyền lợi bảo hiểm Medicaid của quý vị**.

CÁC VẤN ĐỀ VỀ CÁC QUYỀN LỢI MEDICARE CỦA QUÝ VỊ

### PHẦN 4 Xử lý các vấn đề về các quyền lợi bảo hiểm Medicare của quý vị

#### Phần 4.1 Quý vị có nên sử dụng quy trình quyết định về bảo hiểm và kháng nghị không? Hoặc quý vị có nên sử dụng quy trình khiếu nại?

Nếu quý vị có một vấn đề hoặc quan ngại, quý vị chỉ cần đọc các phần của Chương này áp dụng cho tình hình của quý vị. Biểu dưới đây sẽ giúp quý vị tìm được phần phù hợp của Chương này về các vấn đề hoặc khiếu nại về **các quyền** **lợi được** **Medicare đài thọ**.

Để tìm ra phần nào của Chương này sẽ giúp giải quyết vấn đề hoặc quan ngại của quý vị về các quyền lợi **medicare** của quý vị, hãy sử dụng biểu này:

Quý vị có vấn đề hoặc quan ngại về các quyền lợi và đài thọ của mình?

Vấn đề này bao gồm các vấn đề về việc liệu dịch vụ chăm sóc y tế (vật dụng y tế, dịch vụ và/hoặc thuốc theo toa Phần B) có được đài thọ hay không, cách chúng được đài thọ và các vấn đề liên quan đến thanh toán chăm sóc y tế.

**Có.**

Tiếp tục đến phần tiếp theo của Chương này, **Phần 5, Hướng dẫn về những thông tin cơ bản về các quyết định bảo hiểm và kháng nghị**.

**Không.**

Bỏ qua phần **11** vào cuối Chương này: **Làm thế nào để khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các quan ngại khác**.

### PHẦN 5 Hướng dẫn về những thông tin cơ bản về các quyết định bảo hiểm và kháng nghị

#### Phần 5.1 Yêu cầu quyết định bảo hiểm và kháng nghị: tổng quan

Các quyết định và kháng nghị bảo hiểm giải quyết các vấn đề liên quan đến quyền lợi và bảo hiểm của quý vị cho chăm sóc y tế của quý vị (dịch vụ, vật dụng và thuốc theo toa Phần B, bao gồm thanh toán). Để đơn giản hóa mọi thứ, chúng tôi thường giới thiệu đến các mặt hàng y tế, dịch vụ và thuốc theo toa Medicare Phần B là **chăm** **sóc y tế**. Quý vị sử dụng quyết định về bảo hiểm và quy trình kháng nghị đối với các vấn đề chẳng hạn như nội dung nào đó được đài thọ hay không và cách bảo hiểm của thứ gì đó.

Yêu cầu quyết định bảo hiểm trước khi nhận quyền lợi

Quyết định về bảo hiểm là quyết định mà chúng tôi đưa ra về các quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ chi trả cho việc 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 thuộc mạng lưới, giới thiệu này được coi là một quyết định bảo hiểm thuận lợi trừ khi bác sĩ trong mạng lưới của quý vị có thể cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông báo từ chối tiêu chuẩn cho bác sĩ y tế này hoặc Chứng từ Bảo hiểm nêu rõ rằng dịch vụ giới thiệu không bao giờ được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu quyết định về bảo hiểm nếu bác sĩ của quý vị không chắc liệu chúng tôi có đài thọ cho một dịch vụ y tế cụ thể hay không hoặc từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ rằng quý vị cần. Nói cách khác, nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có đài thọ cho một dịch vụ chăm sóc y tế trước khi quý vị nhận được nó hay không, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định về bảo hiểm cho quý vị.Trong một số trường hợp, một yêu cầu quyết định về bảo hiểm sẽ bị bãi bỏ, có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu này. Các ví dụ về thời điểm yêu cầu sẽ bị bãi bỏ bao gồm trường hợp yêu cầu chưa hoàn chỉnh, nếu ai đó thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được ủy quyền hợp pháp hoặc nếu quý vị đề nghị rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bãi bỏ yêu cầu quyết định về bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi một thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu bị bãi bỏ và cách yêu cầu xem xét bãi bỏ.

Chúng tôi đang đưa ra quyết định về bảo hiểm cho quý vị bất cứ khi nào chúng tôi quyết định số tiền được đài thọ cho quý vị và số tiền chúng tôi chi trả. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định rằng dịch vụ chăm sóc y tế không được Medicare đài thọ hoặc không còn được Medicare đài thọ cho quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định đài thọ này, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị.

Kháng nghị

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định về bảo hiểm và quý vị không hài lòng, cho dù trước hoặc sau khi nhận được quyền lợi, quý vị có thể **kháng nghị** quyết định. Kháng nghị là một cách chính thức để đề nghị chúng tôi xem xét và thay đổi quyết định về bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra. Trong một số trường hợp nhất định, mà chúng tôi đã thảo luận sau, quý vị có thể yêu cầu **kháng** **nghị** nhanh hoặc **khẩn** về quyết định bảo hiểm. Kháng nghị của quý vị được xử lý bởi những người xem xét khác nhau chứ không phải những người đưa ra quyết định ban đầu.

Khi quý vị kháng nghị quyết định lần đầu, đây được gọi là kháng nghị Cấp 1. Trong kháng nghị này, chúng tôi xem xét quyết định về bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân thủ đúng các quy tắc hay không. Khi chúng tôi đã hoàn thành việc xem xét, chúng tôi đưa ra quyết định của chúng tôi.

Trong một số trường hợp, một yêu cầu kháng nghị Cấp 1 sẽ bị bãi bỏ, điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu này. Các ví dụ về thời điểm yêu cầu sẽ bị bãi bỏ bao gồm trường hợp yêu cầu chưa hoàn chỉnh, nếu ai đó thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được ủy quyền hợp pháp hoặc nếu quý vị đề nghị rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bãi bỏ yêu cầu kháng nghị Cấp 1, chúng tôi sẽ gửi một thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu bị bãi bỏ và cách yêu cầu xem xét bãi 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 đến kháng nghị Cấp 2 do một tổ chức đánh giá độc lập không liên kết với chúng tôi thực hiện.

* Quý vị không cần phải làm bất cứ điều gì để bắt đầu kháng nghị Cấp 2. Các quy định của Medicare yêu cầu chúng tôi tự động gửi kháng nghị chăm sóc y tế của quý vị đến Cấp 2 nếu chúng tôi không đồng ý hoàn toàn 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.
* Đối với kháng nghị thuốc Phần D, nếu chúng tôi từ chối tất cả hoặc một phần kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ cần phải đề nghị kháng nghị Cấp 2. Kháng nghị Phần D được thảo luận thêm trong Phần 7 của Chương này.

Nếu quý vị không hài lòng với quyết định tại kháng nghị Cấp 2, quý vị có thể tiếp tục thông qua các mức kháng nghị bổ sung (Phần 10 trong Chương này giải thích quy trình kháng nghị Cấp 3, 4 và 5).

#### Phần 5.2 Cách nhận trợ giúp khi quý vị đề nghị quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị

Đây là các nguồn trợ giúp nếu quý vị quyết định yêu cầu bất kỳ loại quyết định bảo hiểm nào hoặc kháng nghị quyết định:

* Quý vị **có thể gọi cho chúng tôi theo địa chỉ Dịch vụ Thành viên**.
* Quý vị **có thể nhận trợ giúp miễn phí từ** Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang của mình.
* **Bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu cho quý vị.** Nếu bác sĩ của quý vị giúp giải quyết kháng nghị vượt quá mức 2, họ sẽ cần được chỉ định làm người đại diện của quý vị. Vui lòng gọi dịch vụ thành viên và yêu cầu biểu mẫu *Chỉ Định Người Đại Diện*. (Mẫu đơn cũng có trên trang web của Medicare tại địa chỉ [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) [*plans may also insert* hoặc trên trang web của chúng tôi tại *[insert website or link to form]*].)
* Đối với dịch vụ chăm sóc y tế, bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị Cấp 1 thay mặt quý vị. Nếu kháng nghị của quý vị bị từ chối ở Cấp 1, kháng nghị đó sẽ tự động được chuyển tiếp đến Cấp 2.
* Đối với thuốc theo toa Phần D, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác có thể yêu cầu quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị Cấp 1 thay mặt quý vị. 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 thay mặt quý vị.** Nếu quý vị muốn, quý vị có thể đề nghị một người khác hành động thay cho quý vị, làm người đại diện của quý vị để đề nghị quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị.
* Nếu quý vị muốn một người bạn, người thân hoặc người khác làm đại diện của quý vị, gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên và yêu cầu biểu mẫu *Chỉ Định Người Đại Diện*. (Mẫu đơn cũng có trên trang web của Medicare tại trang web [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) [*plans may also insert:* hoặc trên trang web của chúng tôi *[insert website or link to form]*].) Biểu mẫu cho phép người đó thay mặt quý vị hành động. Mẫu phải có chữ ký của quý vị và người quý vị muốn hành động thay mặt quý vị. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao của mẫu đã ký.
* Mặc dù chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu kháng nghị không cần biểu mẫu, chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn thành việc xem xét cho đến khi nhận được yêu cầu. Nếu chúng tôi không nhận được biểu mẫu trong vòng 44 ngày dương lịch sau khi nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị (hạn chót của chúng tôi để quyết định về kháng nghị của quý vị), yêu cầu kháng nghị của quý vị sẽ bị bãi bỏ. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị văn bản thông báo giải thích quyền yêu cầu tổ chức xét duyệt độc lập xem xét quyết định bãi bỏ kháng nghị của chúng tôi.
* **Quý vị cũng có quyền thuê một luật sư.** Quý vị có thể liên hệ luật sư của quý vị, hoặc tìm tên của vị luật sư từ đoàn luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Ngoài ra còn có các nhóm sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện. Tuy nhiên, **quý vị không bắt buộc phải thuê một luật sư để** yêu cầu bất kỳ loại quyết định bảo hiểm nào hoặc kháng nghị quyết định.

#### Phần 5.3 Phần nào trong Chương này đưa ra chi tiết về tình huống của quý vị?

Có bốn tình huống khác nhau liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng nghị. Vì mỗi trường hợp có các quy tắc và hạn chót khác nhau, chúng tôi cung cấp chi tiết cho từng trường hợp trong một phần riêng biệt:

* **Phần 6** của Chương này: Chăm sóc y tế của quý vị: Làm thế nào để yêu cầu quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị
* **Phần 7** của Chương này: Thuốc theo toa Phần D của quý vị: Làm thế nào để yêu cầu quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị
* **Phần 8** của Chương này: Cách đề nghị chúng tôi đài thọ cho thời gian nằm viện nội trú dài hơn nếu quý vị nghĩ rằng bác sĩ cho quý vị xuất viện quá sớm
* **Phần 9** của Chương này: Cách đề nghị chúng tôi tiếp tục đài thọ cho một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của quý vị đang kết thúc quá sớm (*Chỉ* *áp dụng cho các dịch vụ sau*: chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, và các dịch vụ Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (CORF)

Nếu quý vị không biết chắc quý vị nên sử dụng phần nào, vui lòng gọi dịch vụ thành viên. Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp hoặc thông tin từ các tổ chức chính phủ như Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang của quý vị.

### PHẦN 6 Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Làm thế nào để yêu cầu quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị một quyết định bảo hiểm

#### Phần 6.1 Phần này sẽ hướng dẫn phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề trong việc nhận bảo hiểm chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi trả lại quý vị [*insert if plan has cost sharing:* phần chi phí chăm sóc của] chúng tôi

Phần này là về các quyền lợi của quý vị đối với chăm sóc y tế. Các quyền lợi này được mô tả trong Chương 4 của tài liệu này: *Biểu Quyền lợi Y tế (những gì được đài thọ* [*insert if plan has cost sharing: and what you pay*]).Trong một số trường hợp, các quy tắc khác nhau áp dụng cho yêu cầu thuốc theo toa Phần B. Trong những trường hợp đó, chúng tôi sẽ giải thích các quy tắc cho thuốc theo toa Phần B khác với các quy tắc cho các mặt hàng và dịch vụ y tế.

Phần này nói rằng quý vị có thể làm gì nếu quý vị ở bất kỳ trong năm tình huống sau đây:

1. Quý vị không nhận được một số dịch vụ chăm sóc y tế nhất định mà quý vị muốn, và quý vị tin rằng dịch vụ chăm sóc này được Chương trình của chúng tôi đài thọ. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. 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 dịch vụ chăm sóc này được Chương trình đài thọ. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**

3. Quý vị đã nhận được dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng nên được Chương trình đài thọ, nhưng chúng tôi nói 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 cho là nên được Chương trình đài thọ và quý vị muốn đề nghị Chương trình của chúng tôi bồi hoàn cho quý vị cho dịch vụ chăm sóc này. **Gửi hóa đơn cho chúng tôi. Phần 6.5.**

5. Quý vị được thông báo rằng bảo hiểm cho một số dịch vụ chăm sóc y tế nhất định mà quý vị nhận được mà chúng tôi đã chấp thuận trước đó sẽ được giảm hoặc dừng lại, và quý vị tin rằng việc giảm hoặc dừng chăm sóc này có thể gây tổn hại cho sức khỏe của quý vị. **Kháng nghị. Phần 6.3.**

**Lưu ý**: **Nếu tình trạng bảo hiểm sẽ bị dừng là cho chăm sóc cuối đời, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (CORF)** thì quý vị cần đọc Phần 7 và 8 của Chương này. Các quy tắc đặc biệt áp dụng cho các loại chăm sóc này.

#### Phần 6.2 Từng bước: Cách yêu cầu quyết định về bảo hiểm

| **Thuật ngữ pháp lý** |
| --- |
| Khi quyết định bảo hiểm liên quan đến chăm sóc y tế của quý vị, nó được gọi là **quyết** **định của tổ chức**.  Quyết định bảo hiểm nhanh được gọi là **quyết định khẩn**. |

Bước 1: Quyết định xem quý vị có cần quyết định về bảo hiểm tiêu chuẩn hay quyết định về bảo hiểm khẩn hay không.

**Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thường được đưa ra trong vòng 14 ngày hoặc 72 giờ đối với thuốc Phần B. Một quyết định về bảo hiểm khẩn thường được đưa ra trong vòng 72 giờ, đối với các dịch vụ y tế, hoặc 24 giờ đối với thuốc Phần B. Để được quyết định bảo hiểm khẩn, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:**

* Quý vị *chỉ được yêu cầu* bảo hiểm cho các vật dụng y tế và/hoặc dịch vụ (không phải là yêu cầu thanh toán vật tư và/hoặc dịch vụ đã nhận được).
* Quý vị chỉ có thể nhận được quyết định bảo hiểm khẩn *chỉ* khi việc sử dụng hạn chót tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị *hoặc làm tổn thương khả năng hoạt động của quý vị*.
* **Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị đòi hỏi quyết định bảo hiểm khẩn, chúng tôi sẽ tự động đồng ý cho quý vị quyết định bảo hiểm khẩn.**
* **Nếu quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm khẩn mà 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 bảo hiểm khẩn không cho quý vị hay không.** Nếu chúng tôi không phê duyệt quyết định bảo hiểm khẩn, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư rằng:
* Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng hạn chót tiêu chuẩn.
* Giải thích nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm khẩn, chúng tôi sẽ tự động gửi cho quý vị quyết định bảo hiểm khẩn.
* Giải thích rằng quý vị có thể gửi khiếu nại khẩn về quyết định của chúng tôi về việc đưa ra quyết định về bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định bảo hiểm khẩn mà quý vị yêu cầu.

Bước 2: Đề nghị Chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định về bảo hiểm hoặc quyết định bảo hiểm khẩn.

* Bắt đầu bằng cách gọi, viết thư hoặc gửi fax Chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị, bác sĩ của quý vị, hoặc người đại diện của quý vị có thể làm điều này. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu bảo hiểm chăm sóc y tế của quý vị và cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

Đối với các quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn, chúng tôi sử dụng hạn chót tiêu chuẩn.

Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 14 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị về một mặt hàng y tế hoặc dịch vụ. Nếu yêu cầu của quý vị về thuốc theo toa Medicare Phần B, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

* **Tuy nhiên,** nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi có thể mất **tới 14 ngày nữa** nếu yêu cầu của quý vị là cho một mặt hàng y tế hoặc dịch vụ. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị. Chúng tôi không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị dành cho thuốc theo toa Medicare Phần B.
* Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không* nên thêm ngày, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại khẩn. Chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định. (Quy trình khiếu nại khác với quy trình ra quyết định bảo hiểm và kháng nghị. Xem Phần 11 của Chương này để biết thông tin về khiếu nại.)

***Trong những quyết định bảo hiểm khẩn, chúng tôi sử dụng khung thời gian nhanh.***

Quyết định bảo hiểm nhanh chóng có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ nếu yêu cầu của quý vị là cho một mặt hàng y tế hoặc dịch vụ. Nếu yêu cầu của quý vị 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 có thể mang lại lợi ích cho quý vị, **chúng tôi có thể mất tới 14 ngày nữa**. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị. Chúng tôi không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị dành cho thuốc theo toa Medicare Phần B.
* Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không nên thêm ngày, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại khẩn. (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 không đối với một** **phần hoặc toàn bộ nội dung quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bảo hiểm y tế của quý vị, quý vị có thể kháng nghị.

Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền đề nghị chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách kháng nghị. Điều này có nghĩa là yêu cầu lại để có được bảo hiểm chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Nếu quý vị kháng nghị, điều đó có nghĩa là quý vị đang tiếp tục tham gia Cấp 1 của quy trình kháng nghị.

#### Phần 6.3 Từng bước: Làm thế nào để thực hiện kháng nghị Cấp 1

| **Thuật ngữ pháp lý** |
| --- |
| Một kháng nghị đối với Chương trình về quyết định về bảo hiểm chăm sóc y tế được gọi là **xem xét lại**.  Kháng nghị khẩn còn được **gọi là xem xét lại nhanh chóng**. |

Bước 1: Quyết định xem quý vị có cần kháng nghị tiêu chuẩn hay kháng nghị khẩn không.

**Một kháng nghị tiêu chuẩn thường được thực hiện trong vòng 30 ngày hoặc 7 ngày đối với thuốc Phần B. Một kháng nghị khẩn thường được thực hiện trong vòng 72 giờ.**

* Nếu quý vị kháng nghị quyết định, chúng tôi đã đưa ra bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị sẽ cần quyết định xem liệu quý vị có cần kháng nghị khẩn không. Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị cần được kháng nghị khẩn, chúng tôi sẽ cho quý vị kháng nghị khẩn.
* Các yêu cầu để được kháng nghị khẩn cũng giống như những yêu cầu để nhận được quyết định về bảo hiểm khẩn trong Phần 6.2 của Chương này.

Bước 2: Yêu cầu Chương trình của chúng tôi cho Kháng nghị hoặc Kháng nghị Khẩn

* **Nếu quý vị đề nghị kháng nghị tiêu chuẩn, hãy gửi kháng nghị tiêu chuẩn bằng văn bản.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* Quý vị cũng có thể đề nghị kháng nghị bằng cách gọi điện cho chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ.
* **Nếu quý vị đề nghị kháng nghị khẩn, hãy kháng nghị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
* **Quý vị phải thực hiện yêu cầu kháng nghị trong vòng 60 ngày dương lịch** kể từ ngày ghi trên văn bản thông báo mà chúng tôi đã gửi để cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm. Nếu quý vị để lỡ hạn chót này và có lý do chính đáng để lỡ hạn chót này, hãy giải thích lý do kháng nghị của quý vị bị trễ khi quý vị kháng nghị. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng nghị. Các ví dụ về nguyên nhân chính có thể bao gồm một căn bệnh nghiêm trọng ngăn cản quý vị liên hệ với chúng tôi hoặc nếu chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về hạn chót để yêu cầu kháng nghị.
* **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin liên quan đến quyết định y tế của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể thêm thông tin để hỗ trợ cho kháng nghị của quý vị.** [*If a fee is charged, insert:* Chúng tôi được phép tính phí sao chép và gửi thông tin này cho quý vị.]

Bước 3: Chúng tôi xem xét kháng nghị của quý vị và chúng tôi cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

* Khi chúng tôi xem xét kháng nghị của quý vị, chúng tôi xem xét cẩn thận tất cả thông tin. Chúng tôi kiểm tra để xem liệu chúng tôi có làm theo tất cả các quy định khi chúng tôi nói không với 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.

Hạn chót cho kháng nghị khẩn

* Đối với kháng nghị khẩn, chúng tôi phải trả lời cho quý vị **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị**. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm vậy.
* Nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi có thể mất **tới 14 ngày dương lịch nữa** nếu yêu cầu của quý vị là cho một mặt hàng y tế hoặc dịch vụ. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị về thuốc theo toa Medicare Phần B, chúng tôi không thể sử dụng thêm thời gian.
* Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ (hoặc vào cuối khoảng thời gian kéo dài nếu chúng tôi thêm ngày), chúng tôi bắt buộc phải tự động gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị, nơi nó sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét. Phần 6.4 giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị 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 đến tổ chức xem xét độc lập cho kháng nghị Cấp 2. Tổ chức xét duyệt độc lập sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị khi họ nhận được kháng nghị của quý vị.

Hạn chót 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 chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị đối với thuốc theo 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 chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị quyết định của mình sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đang cần chúng tôi làm điều đó.
* Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi có thể mất **tới 14 ngày dương lịch nữa** nếu yêu cầu của quý vị là cho một mặt hàng y tế hoặc dịch vụ.Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị. Chúng tôi không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị dành cho thuốc theo toa Medicare Phần B.
* Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không* nên thêm ngày, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại khẩn. Khi quý vị nộp đơn khiếu nại khẩn, chúng tôi sẽ trả lời đơn than phiền của quý vị trong vòng 24 giờ. (Xem Phần 11 của Chương này để biết thông tin về khiếu nại.)
* Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trước hạn chót (hoặc vào cuối thời hạn kéo dài), chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến kháng nghị Cấp 2, nơi một tổ chức xét duyệt độc lập sẽ xem xét kháng nghị. Phần 6.4 giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm trong vòng 30 ngày dương lịch nếu yêu cầu của quý vị cho một mặt hàng hoặc dịch vụ y tế, hoặc **trong vòng 7 ngày dương lịch** nếu yêucầu của quý vị cho một loại thuốc theo toa Medicare Phần B.

Nếu Chương trình của chúng tôi nói không đối với một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị, chúng tôi sẽ tự động gửi kháng nghị của quý vị đến tổ chức xét duyệt độc lập cho kháng nghị Cấp 2.

#### Phần 6.4 Từng bước: Cách thực hiện kháng nghị Cấp 2

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| Tên chính thức của tổ chức xét duyệt độc lập là **Thực thể Xét duyệt Độc lập.** Đôi khi nó được gọi là **IRE**. |

**Tổ chức xét duyệt độc lập là một tổ chức độc lập do Medicare thuê.** Nó không kết nối với chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định xem quyết định của chúng tôi có chính xác hay không hoặc liệu có nên thay đổi hay không. Medicare giám sát công việc của tổ chức đó.

Bước 1: Tổ chức xét duyệt độc lập sẽ xem xét kháng nghị của quý vị.

* Chúng tôi sẽ gửi thông tin về 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 gửi cho một bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị.** [*If a fee is charged, insert:* 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 xem xét độc lập thông tin bổ sung để hỗ trợ kháng nghị của quý vị.
* Những người đánh giá tại tổ chức xét duyệt độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Nếu quý vị có kháng nghị khẩn cấp 1, quý vị cũng sẽ có kháng nghị khẩn ở Cấp 2

* Đối với kháng nghị khẩn, tổ chức xét duyệt phải trả lời kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được kháng nghị của quý vị.
* Nếu yêu cầu của quý vị là đối với một mặt hàng y tế hoặc dịch vụ và tổ chức xét duyệt độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể mang lại lợi ích cho quý vị, **có thể cần thêm tới 14 ngày dương lịch**. Tổ chức xét duyệt độc lập không thể dùng thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị dành cho một loại thuốc theo toa Medicare Phần B.

Nếu quý vị có kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 1, quý vị cũng sẽ có kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 2

* Đối với kháng nghị tiêu chuẩn nếu yêu cầu của quý vị là đối với một vật dụng hay dịch vụ y tế, tổ chức xét duyệt phải trả lời kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày dương lịch** kể từ khi nhận được kháng nghị của quý vị.
* Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B, tổ chức xét duyệt phải trả lời kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** kể từ khi nhận được kháng nghị của quý vị.
* Nếu yêu cầu của quý vị là đối với một mặt hàng y tế hoặc dịch vụ và tổ chức xét duyệt độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể mang lại lợi ích cho quý vị, **có thể cần thêm tới 14 ngày dương lịch**. Tổ chức xét duyệt độc lập không thể dùng thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị dành cho một loại thuốc theo toa Medicare Phần B.

Bước 2: Tổ chức xét duyệt độc lập cung cấp cho quý vị câu trả lời của họ.

Tổ chức xét duyệt độc lập sẽ thông báo quyết định của mình bằng văn bản và giải thích lý do cho quyết định đó.

* **Nếu tổ chức xét duyệt độc lập nói có với một phần hoặc tất cả yêu cầu đối** **với một mặt hàng hoặc dịch vụ y tế**, chúng tôi phải cho phép bảo hiểm chăm sóc y tế **trong vòng 72 giờ** hoặc cung cấp dịch vụ trong vòng **14 ngày dương lịch** sau khi Chương trình nhận được quyết định của tổ chức đánh giá độc lập đối với các **yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc cung cấp dịch vụ **trong vòng 72 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức xem xét độc lập **đối với các yêu cầu khẩn**.
* **Nếu tổ chức xét duyệt độc lập nói có với một phần hoặc tất cả yêu cầu đối với thuốc theo toa Medicare Phần B**, chúng tôi phải ủy quyền hoặc cung cấp thuốc theo toa Medicare Phần B **trong vòng 72** giờ sau khi chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức xem xét độc lập đối với các **yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc **trong vòng 24 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức xem xét độc lập đối với các **yêu cầu khẩn**.
* **Nếu tổ chức này nói không đối với một phần hay toàn bộ kháng nghị của quý vị**, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với Chương trình của chúng tôi rằng yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu) cho bảo hiểm chăm sóc y tế không nên được chấp thuận. (Điều này được gọi là **giữ nguyên quyết định** hoặc **từ chối kháng nghị của quý vị**.). Trong trường hợp này, tổ chức xét duyệt độc lập sẽ gửi cho quý vị một lá thư:
  + Giải thích về quyết định của mình.
  + Thông báo cho quý vị quyền kháng nghị Cấp 3 nếu số tiền của bảo hiểm chăm sóc y tế mà quý vị yêu cầu đáp ứng mức tối thiểu nhất định. Văn bản thông báo mà quý vị nhận được từ tổ chức xem xét độc lập sẽ cho quý vị biết số tiền mà quý vị phải trả để tiếp tục quy trình kháng nghị.
  + Cho quý vị biết cách nộp kháng nghị Cấp 3.

Bước 3: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng các yêu cầu, quý vị chọn xem quý vị có muốn kháng nghị thêm hay không.

* Có ba cấp bổ sung trong quy trình kháng nghị sau Cấp 2 (trong tổng số năm cấp kháng nghị). Nếu quý vị muốn kháng nghị lên Cấp 3, chi tiết về cách thực hiện việc này có trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau khi quý vị kháng nghị Cấp 2.
* Kháng nghị Cấp 3 do Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư trọng tài xử lý. Phần 10 trong Chương này giải thích về quy trình kháng nghị Cấp 3, 4 và 5.

#### Phần 6.5 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị đề nghị chúng tôi trả cho quý vị [*insert if plan has cost sharing:* our share of] hóa đơn mà quý vị nhận được cho dịch vụ chăm sóc y tế?

[*Plans insert if the state DOES NOT allow members to be directly reimbursed for Medicaid benefits*: **Chúng tôi không thể hoàn tiền trực tiếp cho quý vị cho một dịch vụ hoặc vật dụng của Medicaid.** Nếu quý vị nhận được một hóa đơn [*plans with cost sharing insert*: lớn hơn đồng thanh toán của quý vị]cho các dịch vụ và vật dụng được Medicaid đài thọ, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. **Quý vị không nên tự trả hóa đơn.** Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề. Nhưng nếu quý vị trả hóa đơn, quý vị có thể nhận được khoản hoàn lại từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó nếu quý vị tuân thủ các quy tắc nhận dịch vụ hoặc vật dụng.]

[*Plans insert if the state DOES allow members to be directly reimbursed for Medicaid benefits:* **Nếu quý vị đã thanh toán cho một dịch vụ hoặc vật dụng Medicaid được Chương trình đài thọ**, quý vị có thể yêu cầu Chương trình của chúng tôi trả lại tiền cho quý vị (việc trả lại tiền cho quý vị thường được gọi là **bồi hoàn**). Quý vị có quyền được Chương trình của chúng tôi trả lại tiền bất cứ khi nào quý vị đã trả *[insert if plan has cost sharing:* nhiều hơn phần chi phí của quý vị cho các dịch vụ] hoặc thuốc y tế] được Chương trình của chúng tôi đài thọ. Khi quý vị gửi cho chúng tôi hóa đơn quý vị đã thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ hoặc thuốc đó có được đài thọ hay không. Nếu chúng tôi quyết định là chúng nên được đài thọ, chúng tôi sẽ trả lại tiền cho quý vị cho các dịch vụ hoặc thuốc.]

Yêu cầu bồi hoàn là yêu cầu quyết định về bảo hiểm từ chúng tôi

Nếu quý vị gửi cho chúng tôi thủ tục giấy tờ đề nghị bồi hoàn, tức là quý vị đang yêu cầu quyết định bảo hiểm. Để đưa ra quyết định này, chúng tôi sẽ kiểm tra để xem liệu dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị thanh toán có phải là một dịch vụ được đài thọ hay không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem liệu quý vị có tuân theo tất cả các quy tắc sử dụng bảo hiểm cho chăm sóc y tế hay không.

* **Nếu chúng tôi nói có với yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế được đài thọ và quý vị tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản thanh toán cho [*insert if plan has cost sharing:* phần chi phí của chúng tôi] trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế, chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
* **Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế *không* được đài thọ hoặc quý vị đã *không* tuân theo tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ không gửi thanh toán. Thay vào đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư nói rằng chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế và lý do tại sao.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc từ chối, **quý vị có thể kháng nghị**. Nếu quý vị kháng nghị, điều đó có nghĩa là quý vị đề nghị chúng tôi thay đổi quyết định về bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra khi chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị.

**Để thực hiện kháng nghị này, hãy làm theo quy trình kháng nghị mà chúng tôi mô tả trong Phần 5.3.** Đối với kháng nghị liên quan đến bồi hoàn, xin lưu ý:

* Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị. Nếu quý vị đề nghị chúng tôi trả lại tiền cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận và thanh toán, quý vị không được phép đề nghị kháng nghị khẩn.
* Nếu tổ chức xét duyệt độc lập quyết định chúng tôi nên thanh toán, chúng tôi phải gửi cho quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ khoản thanh toán trong vòng 30 ngày dương lịch. Nếu câu trả lời cho kháng nghị của quý vị là có ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng nghị sau Cấp 2, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán mà quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc nhà cung cấp trong vòng 60 ngày dương lịch.

### PHẦN 7 Thuốc theo toa Phần D của quý vị: Làm thế nào để yêu cầu quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị

#### Phần 7.1 Phần này sẽ hướng dẫn quý vị phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề trong việc nhận thuốc Phần D hoặc quý vị muốn chúng tôi trả lại thuốc Phần D cho quý vị

Quyền lợi của quý vị đài thọ cho nhiều loại thuốc theo toa. Để được đài thọ, thuốc đó phải được sử dụng cho chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. (Xem Chương 5 để biết thêm thông tin về chỉ định đã được y tế chấp nhận.) 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 mọi thứ, chúng tôi thường gọi là *thuốc* trong phần còn lại của phần này, thay vì lặp lại cụm từ *các loại thuốc theo toa ngoại trú được đài thọ* hoặc *thuốc Phần D*. Chúng tôi cũng sử dụng thuật ngữ "Danh sách thuốc" thay vì *Danh sách Thuốc được Đài thọ* hoặc *Danh mục Thuốc*.

* Nếu quý vị không biết liệu một loại thuốc có được đài thọ hay không hoặc nếu quý vị đáp ứng các quy tắc, quý vị có thể hỏi chúng tôi. Một số loại thuốc yêu cầu quý vị phải có được chấp thuận từ chúng tôi trước khi chúng tôi đài thọ cho thuốc đó.
* Nếu hiệu thuốc của quý vị nói với quý vị rằng không thể mua thuốc theo chỉ định của quý vị như kê toa, nhà thuốc sẽ cung cấp cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích về cách liên lạc với chúng tôi để yêu cầu quyết định về bảo hiểm.

Các quyết định và kháng nghị về bảo hiểm Phần D

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| Quyết định bảo hiểm ban đầu về thuốc Phần D của quý vị được gọi là **quyết định bảo hiểm**. |

Quyết định bảo hiểm là quyết định mà chúng tôi đưa ra về các quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ chi trả 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 sau đây:

* Yêu cầu đài thọ một loại thuốc Phần D không nằm trong *Danh sách Thuốc được Chương trình đài thọ*. **Yêu cầu một ngoại lệ. Phần 7.2**
* Đề nghị miễn trừ giới hạn đối với bảo hiểm của Chương trình đối với một loại thuốc (chẳng hạn như giới hạn lượng thuốc quý vị có thể nhận) **Yêu cầu ngoại lệ. Phần 7.2**
* *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet]*] Yêu cầu thanh toán số tiền chia sẻ chi phí thấp hơn cho một loại thuốc được đài thọ ở bậc chia sẻ chi phí cao hơn. **Yêu cầu ngoại lệ. Phần 7.2**
* Yêu cầu phê duyệt trước cho một loại thuốc. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 7.4**
* Thanh toán cho thuốc theo toa mà quý vị đã mua. **Đề nghị chúng tôi trả lại tiền cho quý vị. Phần 7.4**

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Phần này sẽ hướng dẫn quý vị cách yêu cầu quyết định bảo hiểm và cách yêu cầu kháng nghị.

#### Phần 7.2 Ngoại lệ là gì?

| **Thuật ngữ pháp lý** |
| --- |
| Yêu cầu bảo hiểm của một loại thuốc không có trong "Danh sách thuốc" đôi khi được gọi là yêu cầu một **ngoại lệ danh mục thuốc**.  Yêu cầu loại bỏ giới hạn về bảo hiểm cho một loại thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu một **ngoại lệ danh mục thuốc**.  Yêu cầu trả giá thấp hơn cho một loại thuốc không ưu tiên được đài thọ đôi khi được gọi là **yêu cầu ngoại lệ về bậc**. |

Nếu một loại thuốc không được đài thọ theo cách quý vị muốn được đài thọ, quý vị có thể đề nghị chúng tôi cho một **ngoại lệ**. Ngoại lệ là một loại quyết định bảo hiểm.

Để chúng tôi xem xét yêu cầu ngoại lệ của quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác sẽ cần giải thích các lý do y tế tại sao quý vị cần được chấp thuận ngoại lệ. Đây là [*insert as applicable:* hai *OR* ba] ví dụ về ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ hoặc bác sĩ kê đơn khác có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:

1. **Đài thọ cho quý vị một loại thuốc Phần D không nằm trong "Danh sách Thuốc" của chúng tôi.** *[Plans without cost sharing delete]* Nếu chúng tôi đồng ý đài thọ cho một loại thuốc không có trong "Danh sách thuốc", quý vị sẽ cần phải trả số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho [*insert as appropriate:* tất cả thuốc của chúng tôi trong *[insert exceptions tier] OR* thuốc của chúng tôi trong *[insert exceptions tier]* cho thuốc chính hiệu hoặc *[insert* *exceptions tier*] cho thuốc gốc]. Quý vị không thể yêu cầu ngoại lệ đối với số tiền chia sẻ chi phí mà chúng tôi yêu cầu quý vị phải trả cho thuốc.
2. **Loại bỏ giới hạn đối với thuốc được bảo hiểm**. Chương 5 mô tả các quy tắc hoặc giới hạn bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc nhất định trong "Danh sách thuốc" của chúng tôi. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this sentence]]* Nếu chúng tôi đồng ý đưa ra ngoại lệ và miễn trừ giới hạn cho quý vị, quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ đối với khoản đồng thanh toán hoặc số tiền đồng bảo hiểm mà chúng tôi yêu cầu quý vị phải trả cho thuốc.
3. *[Plans with no cost sharing and plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions, omit this section.]* **Thay đổi bảo hiểm thuốc sang bậc chia sẻ chi phí thấp hơn.** Mỗi loại thuốc trong "Danh sách Thuốc" của chúng tôi đều thuộc một trong *[insert number of tiers]* bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, số bậc chia sẻ chi phí càng thấp, quý vị sẽ càng phải trả ít hơn khi chia sẻ chi phí thuốc.

* Nếu "Danh Sách Thuốc" của chúng tôi có (các) thuốc thay thế để điều trị bệnh trạng của quý vị thuộc một bậc chia sẻ chi phí thấp hơn thuốc của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ thuốc của quý vị với số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho (các) thuốc thay thế.
* *[Plans that have a formulary structure where all of the biological products are on one tier or that do not limit their tiering exceptions in this way: omit this bullet]* Nếu loại thuốc quý vị dùng là sản phẩm sinh học, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thuốc của quý vị với số tiền chia sẻ chi phí thấp hơn. Đây sẽ là bậc thấp nhất có sản phẩm tương tự sinh học để điều trị bệnh trạng của quý vị.
* *[Plans that do not limit their tiering exceptions in this way; omit this bullet]* Nếu loại thuốc quý vị dùng là thuốc chính hiệu, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thuốc của quý vị với số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho bậc thấp nhất có chứa sản phẩm thay thế cho thuốc chính hiệu để điều trị bệnh trạng của quý vị.
* *[Plans that do not limit their tiering exceptions in this way; omit this bullet]* Nếu loại thuốc quý vị dùng là thuốc gốc, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thuốc của quý vị với số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho bậc thấp nhất có chứa sản phẩm thay thế là thuốc chính hiệu hoặc thuốc gốc để điều trị bệnh trạng của quý vị.
* [*If the plan designated one of its tiers as a specialty tier and is exempting that tier from the exceptions process, include the following language:* Quý vị không thể yêu cầu chúng tôi thay đổi bậc chia sẻ chi phí cho bất kỳ loại thuốc nào trong *[insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier]*.]
* Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu ngoại lệ về bậc của quý vị và có nhiều bậc chia sẻ chi phí thấp hơn với các thuốc thay thế mà quý vị không thể sử dụng, quý vị thường sẽ phải trả số tiền thấp nhất.

#### Phần 7.3 Những điều quan trọng cần biết về việc đề nghị 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 đơn khác phải cung cấp cho chúng tôi một thông báo giải thích lý do y tế để yêu cầu ngoại lệ. Để có quyết định nhanh hơn, hãy gửi kèm thông tin y tế này từ bác sĩ hoặc người kê đơn khác của quý vị khi quý vị yêu cầu 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 sẽ chỉ có hiệu quả như loại thuốc quý vị đang yêu cầu và sẽ không gây ra thêm các tác dụng phụ hoặc các vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường *không* chấp thuận yêu cầu của quý vị cho một ngoại lệ. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this statement]* Nếu quý vị đề nghị chúng tôi áp dụng ngoại lệ về bậc, thông thường chúng tôi sẽ *không* chấp thuận yêu cầu ngoại lệ của quý vị trừ khi tất cả các thuốc thay thế trong (các) bậc chia sẻ chi phí thấp hơn sẽ không có tác dụng tốt như vậy cho quý vị hoặc có khả năng gây ra phản ứng bất lợi hoặc các tổn hại khác.

Chúng tôi có thể nói có hoặc không với yêu cầu của quý vị

* Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu ngoại lệ của quý vị, việc chấp thuận của chúng tôi thường có hiệu lực đến cuối năm Chương trình. Điều này vẫn đúng miễn là bác sĩ của quý vị tiếp tục kê toa loại thuốc đó cho quý vị và nó vẫn an toàn và hiệu quả trong việc chữa trị bệnh lý của quý vị.
* Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị, quý vị có thể yêu cầu xem xét lại quyết định của chúng tôi bằng cách kháng nghị.

#### Phần 7.4 Từng bước: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm cả ngoại lệ

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| Quyết định bảo hiểm nhanh được gọi là **quyết định bảo hiểm khẩn**. |

Bước 1: Quyết định xem quý vị có cần quyết định về bảo hiểm tiêu chuẩn hay quyết định về bảo hiểm khẩn hay không.

Các quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn được đưa ra trong vòng 72 giờ sau sau khi chúng tôi nhận được thông báo của bác sĩ của quý vị. Các quyết định bảo hiểm khẩn được đưa ra trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được thông báo của bác sĩ của quý vị.

Nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định về bảo hiểm khẩn cho quý vị. Để được quyết định bảo hiểm khẩn, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

* Quý vị phải đang yêu cầu loại thuốc mà quý vị chưa nhận được. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định bảo hiểm khẩn để được trả lại tiền cho loại thuốc mà quý vị đã mua.)
* Sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc làm tổn thương chức năng hoạt động của quý vị.
* **Nếu bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị đòi hỏi bảo hiểm khẩn, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định về bảo hiểm khẩn.**
* **Nếu quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm khẩn mà không có bác sĩ hoặc bác sĩ kê đơn hỗ trợ, chúng tôi sẽ quyết định xem sức khỏe của quý vị có yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm khẩn không.** Nếu chúng tôi không phê duyệt quyết định bảo hiểm khẩn, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư rằng:
* Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng hạn chót tiêu chuẩn.
* Giải thích nếu bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác yêu cầu quyết định bảo hiểm khẩn, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định về bảo hiểm khẩn.
* Cho quý vị biết cách quý vị có thể gửi khiếu nại khẩn về quyết định của chúng tôi về việc đưa ra quyết định về bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định bảo hiểm khẩn mà quý vị 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 bảo hiểm tiêu chuẩn hoặc quyết định bảo hiểm khẩn.

Bắt đầu bằng cách gọi, viết hoặc gửi fax Chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị cũng có thể truy cập quy trình ra quyết định bảo hiểm thông qua trang web của chúng tôi. Chúng tôi phải chấp nhận bất kỳ yêu cầu bằng văn bản nào, bao gồm yêu cầu được gửi trên Biểu mẫu Yêu cầu Xác định Bảo hiểm CMS, [*insert if applicable:* hoặc trên mẫu Chương trình của chúng tôi], vốn [*insert if applicable:* có *OR* có] trên trang web của chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ. *[Plans that allow members to submit coverage determination requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]* Để hỗ trợ chúng tôi trong việc xử lý yêu cầu của quý vị, vui lòng nhớ ghi tên, thông tin liên hệ và thông tin xác định yêu cầu thanh toán bị từ chối đang được kháng nghị.

Quý vị, bác sĩ của quý vị, (hoặc bác sĩ kê đơn khác) hoặc người đại diện của quý vị có thể làm điều này. Quý vị cũng có thể có luật sư làm người đại diện cho quý vị. Phần 4 của Chương này nói về cách quý vị có thể cho phép bằng văn bản cho người khác hành động với tư cách là người đại diện của quý vị.

* **Nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ, hãy cung cấp tuyên bố hỗ trợ,** đó là lý do y tế cho ngoại lệ. Bác sĩ hoặc người kê đơn khác của quý vị có thể gửi tuyên bố này qua fax hoặc qua đường bưu điện cho chúng tôi. Hoặc bác sĩ hoặc người kê đơn khác của quý vị có thể cho chúng tôi biết qua điện thoại và sau đó gửi fax hoặc gửi qua đường bưu điện tuyên bố bằng văn bản nếu cần thiết.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị và cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

Hạn chót để quyết định bảo hiểm khẩn

* Chúng tôi thường phải trả lời cho quý vị **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
  + Đối với các trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố hỗ trợ của bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm vậy.
  + Nếu chúng tôi không đáp ứng hạn cuối cùng này, chúng tôi bắt buộc phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị, trong đó nó sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ hỗ trợ yêu cầu của quý vị.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một phần hoặc toàn bộ nội dung quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng nghị.

Hạn chót cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về loại thuốc quý vị chưa nhận

* Chúng tôi thường phải trả lời cho quý vị trong **vòng 72 giờ** sau khi chúngtôi nhận được yêu cầu của quý vị.
  + Đối với các trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố hỗ trợ của bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm vậy.
  + Nếu chúng tôi không đáp ứng hạn cuối cùng này, chúng tôi bắt buộc phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị, trong đó nó sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm** mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ hỗ trợ yêu cầu của quý vị.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một** **phần hoặc toàn bộ nội dung quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng nghị.

Hạn chót cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về việc thanh toán cho loại thuốc quý vị đã mua

* Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khichúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
* Nếu chúng tôi không đáp ứng hạn cuối cùng này, chúng tôi bắt buộc phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị, trong đó nó sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi cũng được yêu cầu phải thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một** **phần hoặc toàn bộ nội dung quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng nghị.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bảo hiểm của quý vị, quý vị có thể kháng nghị.

* Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền đề nghị chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách kháng nghị. Điều này có nghĩa là yêu cầu một lần nữa để có được bảo hiểm thuốc mà quý vị muốn. Nếu quý vị kháng nghị, điều đó có nghĩa là quý vị đang tiếp tục tham gia Cấp 1 của quy trình kháng nghị.

#### Phần 7.5 Từng bước: Làm thế nào để thực hiện kháng nghị Cấp 1

| **Thuật ngữ pháp lý** |
| --- |
| Một kháng nghị đối với Chương trình về quyết định bảo hiểm thuốc Phần D được gọi là **quyết định lại** của Chương trình.  Kháng nghị khẩn cònđược gọi là **quyết định lại khẩn**. |

Bước 1: Quyết định xem quý vị có cần kháng nghị tiêu chuẩn hay kháng nghị khẩn không.

Một kháng nghị tiêu chuẩn thường được thực hiện trong vòng 7 ngày. Một kháng nghị khẩn thường được thực hiện trong vòng 72 giờ. Nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy đề nghị kháng nghị khẩn.

* Nếu quý vị kháng nghị quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và bác sĩ hoặc bác sĩ kê đơn khác sẽ cần quyết định xem liệu quý vị có cần kháng nghị khẩn không.
* Các yêu cầu để được kháng nghị khẩn cũng giống như những yêu cầu để nhận được quyết định về bảo hiểm khẩn trong Phần 6.4 của Chương này.

Bước 2: Quý vị, người đại diện, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác phải liên hệ với chúng tôi và thực hiện kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi phản hồi nhanh, quý vị phải đề nghị kháng nghị khẩn.

* **Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, hãy nộp một yêu cầu bằng văn bản.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* hoặc gọi cho chúng tôi.] Chương 2 có thông tin liên lạc.
* **Đối với kháng nghị khẩn, quý vị có thể nộp kháng nghị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi theo số** *(insert phone number)*. Chương 2 có thông tin liên hệ.
* **Chúng tôi phải chấp nhận bất kỳ yêu cầu bằng văn bản nào,** bao gồm yêu cầu được gửi trên *Biểu mẫu Yêu cầu Xác định Bảo hiểm CMS*, có sẵn trên trang web của chúng tôi. Vui lòng ghi tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến yêu cầu thanh toán của quý vị để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị.
* *[Plans that allow members to submit appeal requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*
* **Quý vị phải thực hiện yêu cầu kháng nghị trong vòng 60 ngày dương lịch** kể từ ngày ghi trên văn bản thông báo mà chúng tôi đã gửi để cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm. Nếu quý vị để lỡ hạn chót này và có lý do chính đáng để lỡ hạn chót này, hãy giải thích lý do kháng nghị của quý vị bị trễ khi quý vị kháng nghị. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng nghị. Các ví dụ về nguyên nhân chính có thể bao gồm một căn bệnh nghiêm trọng ngăn cản quý vị liên hệ với chúng tôi hoặc nếu chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về hạn chót để yêu cầu kháng nghị.
* **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin trong kháng nghị của quý vị và thêm thông tin khác.** Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể thêm thông tin để hỗ trợ cho kháng nghị của quý vị. [*If a fee is charged, insert:* Chúng tôi được phép tính phí sao chép và gửi thông tin này cho quý vị.]

Bước 3: Chúng tôi xem xét kháng nghị của quý vị và chúng tôi cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

* Khi chúng tôi xem xét kháng nghị của quý vị, chúng tôi xem xét cẩn thận tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị. Chúng tôi kiểm tra để xem liệu chúng tôi có làm theo tất cả các quy định khi chúng tôi nói không với yêu cầu của quý vị hay không. Chúng tôi có thể liên lạc quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác để lấy thêm thông tin.

Hạn chót cho kháng nghị khẩn

* Đối với kháng nghị khẩn, chúng tôi phải trả lời cho quý vị **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị**. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm vậy.
  + Nếu chúng tôi không trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi bắt buộc phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị, trong đó nó sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét. Phần 6.6 giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một phần hoặc toàn bộ nội dung quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không và cách quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Hạn chót cho kháng nghị tiêu chuẩn cho một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

* Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 7 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị quyết định của chúng tôi sớm hơn nếu quý vị chưa nhận thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.
  + Nếu chúng tôi không gửi cho quý vị quyết định trong vòng **7 ngày dương lịch**, chúng tôi bắt buộc phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị, nơi nó sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét. Phần 6.6 giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm khẩn nhất mà sức khỏe của quý vị đòi hỏi,nhưng không quá **7 ngày dương lịch sau khi** chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị. **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một phần hoặc toàn bộ nội dung quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không và cách quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

***Hạn chót cho kháng nghị tiêu chuẩn về việc thanh toán cho loại thuốc mà quý vị đã mua***

* Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khichúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
  + Nếu chúng tôi không đáp ứng hạn cuối cùng này, chúng tôi bắt buộc phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị, trong đó nó sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi cũng được yêu cầu phải thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một** **phần hoặc toàn bộ nội dung quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản **thông báo** giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng nghị.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ quyết định xem liệu quý vị có muốn tiếp tục tiến hành quy trình kháng nghị hay không và thực hiện một kháng nghị *khác*.

* Nếu quý vị quyết định thực hiện một kháng nghị khác, điều đó có nghĩa là kháng nghị của quý vị sẽ được đưa vào Cấp 2 của quy trình kháng nghị.

#### Phần 7.6 Từng bước: Làm thế nào để thực hiện kháng nghị Cấp 2

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| Tên chính thức của tổ chức xét duyệt độc lập là **Thực thể Xét duyệt Độc lập**. Đôi khi nó được gọi là **IRE**. |

**Tổ chức xét duyệt độc lập là một tổ chức độc lập do Medicare thuê.** Nó không kết nối với chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định xem quyết định của chúng tôi có chính xác hay không hoặc liệu có nên thay đổi hay không. Medicare giám sát công việc của tổ chức đó.

Bước 1: Quý vị (hoặc người đại diện của quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác) phải liên hệ với tổ chức xét duyệt độc lập và yêu cầu xem xét trường hợp của quý vị.

* Nếu chúng tôi từ chối kháng nghị Cấp 1 của quý vị, văn bản thông báo mà chúng tôi gửi cho quý vị sẽ bao gồm **hướng dẫn về cách kháng nghị Cấp** **2** với tổ chức xét duyệt độc lập. Những hướng dẫn này sẽ cho biết ai có thể thực hiện kháng nghị Cấp 2 này, hạn chót quý vị phải làm theo và cách tiếp cận tổ chức xét duyệt. Tuy nhiên, nếu chúng tôi đã không hoàn thành việc xem xét trong khung thời gian áp dụng hoặc đưa ra quyết định không thuận lợi về việc xác định **rủi ro** trong Chương trình kiểm soát thuốc của chúng tôi, chúng tôi sẽ tự động chuyển tiếp yêu cầu thanh toán của quý vị đến IRE.
* Chúng tôi sẽ gửi thông tin về 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 cho một bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị**. [*If a fee is charged, insert:* 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 xem xét độc lập thông tin bổ sung để hỗ trợ kháng nghị của quý vị.

Bước 2: Tổ chức xét duyệt độc lập sẽ xem xét kháng nghị của quý vị.

Những người đánh giá tại tổ chức xét duyệt độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Hạn chót để kháng nghị khẩn

* Nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu tổ chức xét duyệt độc lập cho kháng nghị khẩn.
* Nếu tổ chức đồng ý cho quý vị kháng nghị khẩn, tổ chức phải trả lời kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi họ nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị.

Hạn chót cho kháng nghị tiêu chuẩn

* Đối với những kháng nghị tiêu chuẩn, tổ chức xét duyệt phải trả lời kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** sau khi họ nhận được kháng nghị của quý vị nếu nó là thuốc mà quý vị chưa nhận được. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại cho thuốc quý vị đã mua, tổ chức xét duyệt phải trả lời kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng** **14 ngày**dương lịch sau khi nó nhận được yêu cầu của quý vị.

Bước 3: Tổ chức xét duyệt độc lập cung cấp cho quý vị câu trả lời của họ.

***Đối với kháng nghị khẩn:***

* **Nếu tổ chức xét duyệt độc lập nói có với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc đã được tổ chức đánh giá phê duyệt **trong vòng** **24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức xem xét.

***Đối với kháng nghị tiêu chuẩn:***

* **Nếu tổ chức xét duyệt độc lập nói có với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu bảo hiểm của quý vị**, chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được tổ chức đánh giá phê duyệt **trong vòng** **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức xem xét.
* **Nếu tổ chức xét duyệt độc lập nói có với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị để trả lại tiền** cho loại thuốc mà quý vị đã mua, chúng tôi bắt buộc phải **gửi thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức xét duyệt.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức xét duyệt từ chối kháng nghị của quý vị?

Nếu tổ chức này nói không đối với **một phần hay toàn bộ** kháng nghị của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi không chấp thuận yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) của quý vị. (Điều này được gọi là **giữ nguyên quyết định**. Nó cũng được gọi là **từ chối kháng nghị của quý vị**.). Trong trường hợp này, tổ chức xét duyệt độc lập sẽ gửi cho quý vị một lá thư:

* Giải thích về quyết định của mình.
* Thông báo cho quý vị quyền kháng nghị Cấp 3 nếu số tiền của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu đáp ứng mức tối thiểu nhất định. Nếu số tiền bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu là quá thấp, quý vị không thể thực hiện một kháng nghị khác và quyết định ở Cấp 2 là cuối cùng.
* Thông báo cho quý vị rằng số tiền này phải đang được tranh chấp để tiếp tục với quy trình kháng nghị.

Bước 4: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng các yêu cầu, quý vị chọn xem quý vị có muốn kháng nghị thêm hay không.

* Có ba cấp bổ sung trong quy trình kháng nghị sau Cấp 2 (trong tổng số năm cấp kháng nghị).
* Nếu quý vị muốn tiếp tục thực hiện kháng nghị Cấp 3, chi tiết về cách làm điều này nằm trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau khi quyết định kháng nghị Cấp 2 của quý vị.
* Kháng nghị Cấp 3 do Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư trọng tài xử lý. Phần 10 trong Chương này sẽ trình bày thêm về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

### PHẦN 8 Cách đề nghị chúng tôi đài thọ cho thời gian nằm viện nội trú dài hơn nếu quý vị nghĩ rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm

Khi quý vị nhập viện, quý vị có quyền nhận được tất cả các dịch vụ bệnh viện được đài thọ của quý vị mà là cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc chấn thương của quý vị.

Trong thời gian nằm viện được đài thọ của quý vị, bác sĩ và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị sẽ rời bệnh viện. Họ sẽ giúp bố trí dịch vụ chăm sóc mà quý vị có thể cần sau khi quý vị rời đi.

* Ngày quý vị rời bệnh viện được gọi là ngày**xuất viện**.
* Khi quyết định ngày xuất viện của quý vị, bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện sẽ thông báo cho quý vị.
* Nếu quý vị cho rằng quý vị bị yêu cầu rời bệnh viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu thời gian nằm viện lâu hơn và yêu cầu của quý vị sẽ được xem xét.

#### Phần 8.1 Trong thời gian nằm viện nội trú của quý vị, quý vị sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản từ Medicare về quyền của quý vị

Trong vòng hai ngày kể từ khi nhập viện, quý vị sẽ được gửi một thông báo bằng văn bản có tên là *Một thông báo quan trọng từ Medicare về Quyền của Quý vị.* Mọi người có Medicare đều nhận được bản sao thông báo này. Nếu quý vị không nhận được thông báo từ ai đó tại bệnh viện (ví dụ: nhân viên chăm sóc hoặc y tá), hãy hỏi bất kỳ nhân viên nào trong bệnh viện về việc đó. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên hoặc 1-800-MEDICARE), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. (TTY 1-877-486-2048).

**1. Đọc thông báo này cẩn thận và đặt câu hỏi nếu quý vị không hiểu.** Cho quý vị biết:

* Quyền nhận các dịch vụ được Medicare đài thọ trong và sau thời gian nằm viện, theo chỉ định của bác sĩ. Điều này bao gồm quyền biết những dịch vụ này là gì, người sẽ trả tiền cho chúng, và quý vị có thể nhận được chúng ở đâu.
* Quyền 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 quý vị có về chất lượng chăm sóc bệnh viện của quý vị.
* Quyền **yêu cầu xem xét ngay lập tức** quyết định xuất viện của quý vị nếu quý vị nghĩ rằng quý vị sẽ được xuất viện quá sớm. Đây là một cách chính thức và hợp pháp để yêu cầu trì hoãn xuất viện của quý vị, để chúng tôi bảo hiểm cho việc chăm sóc cho quý vị trong thời gian dài hơn.

**2. Quý vị sẽ cần phải ký tên vào văn bản thông báo để cho thấy rằng quý vị đã nhận được nó và hiểu được quyền của mình.**

* Quý vị hoặc một người đại diện cho quý vị sẽ được yêu cầu ký tên vào thông báo.
* Việc ký thông báo *chỉ* cho thấy quý vị đã nhận được thông tin về quyền của quý vị. Thông báo không cho biết ngày xuất viện của quý vị. Việc ký tên vào thông báo ***không* có nghĩa** là quý vị đồng ý về ngày xuất viện.

**3. Giữ bản sao** thông báo của quý vị ở nơi thuận tiện để quý vị có thông tin về việc kháng nghị (hoặc báo cáo quan ngại về chất lượng chăm sóc) nếu quý vị cần.

* Nếu quý vị ký tên vào thông báo hơn hai ngày trước ngày xuất viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi được xếp lịch xuất viện.
* Để xem bản sao thông báo này trước, quý vị có thể gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên 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 cũng có thể xem thông báo trực tuyến tại [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

#### Phần 8.2 Từng bước: Làm thế nào để kháng nghị Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Nếu quý vị muốn yêu cầu dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị được chúng tôi đài thọ lâu hơn, quý vị sẽ cần phải sử dụng quy trình kháng nghị để đưa ra yêu cầu này. Trước khi bắt đầu, hãy hiểu quý vị cần làm gì và hạn chót là gì.

* **Thực hiện theo quy trình.**
* **Đáp ứng các thời hạn.**
* **Đề nghị giúp đỡ nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần giúp đỡ vào bất kỳ lúc nào, vui lòng gọi dịch vụ thành viên. Hoặc gọi đến Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Của Tiểu Bang của quý vị, đây là tổ chức chính phủ cung cấp hỗ trợ cá nhân.

**Trong kháng nghị Cấp 1, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét kháng nghị của quý vị.** Kiểm tra xem liệu ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị có phù hợp với y tế hay không.

**Tổ chức Cải thiện Chất lượng** là một nhóm bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác do chính phủ Liên bang chi trả để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Điều này bao gồm việc xem xét ngày xuất viện cho những người có Medicare. Các chuyên gia này không phải là thành viên trong Chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Liên lạc với Tổ chức Cải thiện Chất lượng cho tiểu bang của quý vị và yêu cầu xem xét ngay lập tức việc xuất viện của quý vị. Quý vị phải nhanh chóng hành động.

Làm thế nào quý vị có thể liên hệ với tổ chức này?

* Văn bản thông báo mà quý vị nhận được *(Thông báo quan trọng từ Medicare Về Quyền của quý vị)* cho quý vị biết cách liên lạc với tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải thiện Chất lượng cho tiểu bang của quý vị trong Chương 2.

Hành động nhanh chóng:

* Để kháng nghị, quý vị phải liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng *trước* khi rời bệnh viện và **không quá nửa** **đêm vào ngày xuất viện.**
  + **Nếu quý vị đáp ứng hạn chót này**, quý vị có thể ở lại bệnh viện *sau* ngày xuất viện mà *không phải trả tiền* trong khi quý vị chờ để nhận được quyết định của Tổ chức Cải thiện Chất lượng.
  + **Nếu quý vị *không* đáp ứng hạn chót này** và quý vị quyết định ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch*, quý vị có thể phải trả tất cả các chi phí* chăm sóc bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện dự kiến.
* Nếu quý vị bỏ lỡ hạn chót để liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và quý vị vẫn muốn kháng nghị, quý vị phải trực tiếp kháng nghị lên Chương trình của chúng tôi. Để biết chi tiết về cách khác để làm cho kháng nghị của quý vị, hãy xem Phần 8.4 của Chương này.

Sau khi quý vị yêu cầu xem xét ngay lập tức việc xuất viện, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ liên hệ với chúng tôi. Đến trưa cùng ngày sau khi liên lạc với chúng tôi, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị **Thông Báo Chi Tiết Về Xuất Viện**. Thông báo này cung cấp cho quý vị ngày xuất viện theo kế hoạch và giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ, bệnh viện, và chúng tôi nghĩ rằng việc quý vị xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

Quý vị có thể lấy mẫu Thông Báo Chi tiết về Xuất Viện bằng cách gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. (Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.) Hoặc quý vị có thể thấy thông báo mẫu trực tuyến tại [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html)

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ tiến hành xem xét độc lập trường hợp của quý vị.

* Các chuyên gia sức khỏe tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng (những người đánh giá) sẽ hỏi quý vị (hoặc người đại diện của quý vị) tại sao quý vị tin rằng bảo hiểm 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 quý vị muốn.
* Những người đánh giá cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị, và xem xét thông tin mà bệnh viện và chúng tôi đã cung cấp cho họ.
* Đến trưa cùng ngày sau khi những người đánh giá cho chúng tôi biết về kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản từ chúng tôi cho biết ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị. Thông báo này cũng giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ, bệnh viện, và chúng tôi nghĩ rằng việc xuất viện vào ngày đó là đúng (về mặt y tế) cho quý vị.

Bước 3: Trong vòng một ngày sau khi có tất cả thông tin cần thiết, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời của nó cho kháng nghị của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra nếu câu trả lời là có?

* Nếu tổ chức đánh giá nói *có***, chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú được đài thọ của quý vị miễn là những dịch vụ này là cần thiết về mặt y tế.**
* Quý vị sẽ phải tiếp tục trả phần chi phí của quý vị (chẳng hạn như khoản khấu trừ hoặc tiền đồng thanh toán, nếu được áp dụng). Ngoài ra, có thể có giới hạn đối với các dịch vụ bệnh viện được đài thọ của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra nếu câu trả lời là không?

* Nếu tổ chức đánh giá nói *không*, họ cho rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Nếu điều này xảy ra**, bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị sẽ kết thúc** vào buổi trưa *sau* *khi* Tổ chức Cải thiện Chất lượng trả lời kháng nghị của quý vị.
* Nếu tổ chức xem xét nói *không* với 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** chăm sóc bệnh viện mà quý vị nhận được sau buổi trưa vào ngày sau khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng trả lời kháng nghị của quý vị.

Bước 4: Nếu không có câu trả lời cho kháng nghị Cấp 1 của quý vị, quý vị sẽ quyết định liệu quý vị có muốn kháng nghị thêm hay không.

* Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng đã *từ chối* kháng nghị của quý vị, *và* quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch, thì quý vị có thể thực hiện một kháng nghị khác. Thực hiện một kháng nghị khác có nghĩa là quý vị sẽ tiếp tục đến **Cấp 2** của quy trình kháng nghị.

#### Phần 8.3 Từng bước: Làm thế nào để kháng nghị Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Trong kháng nghị Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem xét quyết định của họ về kháng nghị đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng từ chối kháng nghị Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí lưu trú sau ngày xuất viện đã lên kế hoạch.

Bước 1: Liên hệ lại với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và yêu cầu xem xét lại.

* Quý vị phải yêu cầu xem xét lại điều này **trong vòng 60 ngày dương lịch** sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng nói *không* với kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu xem xét điều này nếu quý vị ở lại bệnh viện sau ngày bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đã kết thúc.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét lại tình hình của quý vị lần thứ hai.

* Những người đánh giá tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét cẩn thận khác về tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày dương lịch kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị cho kháng nghị Cấp 2, những người xét duyệt sẽ quyết định về kháng nghị của quý vị và thông báo cho quý vị quyết định của họ.

Nếu tổ chức xét duyệt nói có:

* **Chúng tôi phải bồi hoàn cho quý vị** phần chi phí chăm sóc bệnh viện mà quý vị nhận được vào buổi trưa sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng đã từ chối kháng nghị đầu tiên của quý vị. **Chúng tôi phải tiếp tục cung** **cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm** **sóc tại bệnh viện nội trú của quý vị miễn là cần thiết về mặt y tế**.
* Quý vị phải tiếp tục chi trả phần chi phí và giới hạn bảo hiểm có thể được áp dụng.

Nếu tổ chức xét duyệt nói không:

* Điều này có nghĩa là họ đồng ý với quyết định mà họ đưa ra trong kháng nghị Cấp 1 của quý vị.
* Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết bằng văn bản rằng quý vị có thể làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình xem xét.

Bước 4: Nếu không có câu trả lời, quý vị sẽ cần quyết định xem liệu quý vị có muốn kháng nghị thêm bằng cách tiếp tục tham gia Cấp 3 hay không.

* Có ba cấp bổ sung trong quy trình kháng nghị sau Cấp 2 (trong tổng số năm cấp kháng nghị). Nếu quý vị muốn kháng nghị Cấp 3, chi tiết về cách làm điều này nằm trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau khi quyết định kháng nghị Cấp 2 của quý vị.
* Kháng nghị Cấp 3 do Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư trọng tài xử lý. Phần 10 trong Chương này sẽ trình bày thêm về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

#### Phần 8.4 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị bỏ lỡ hạn chót để thực hiện kháng nghị Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện?

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| Xem xét nhanh (hoặc kháng nghị nhanh) còn được gọi là **kháng nghị khẩn**. |

Thay vào đó quý vị có thể kháng nghị với chúng tôi

Như đã giải thích ở trên, quý vị phải hành động nhanh chóng để bắt đầu kháng nghị Cấp 1 về ngày xuất viện của mình. Nếu quý vị bỏ lỡ hạn chót để liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng, có một cách khác để kháng nghị của quý vị.

Nếu quý vị sử dụng cách khác này để thực hiện kháng nghị của mình, *thì hai mức kháng nghị đầu tiên là khác nhau.*

Từng bước: Làm thế nào để thực hiện kháng nghị *thay thế* Cấp 1

Bước 1: Liên hệ với chúng tôi và yêu cầu xem xét nhanh.

* **Yêu cầu xem xét nhanh.** Điều này có nghĩa là quý vị đề nghị chúng tôi trả lời quý vị bằng cách sử dụng hạn chót nhanh hơn hạn chót thông thường. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 2: Chúng tôi xem xét nhanh ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị, kiểm tra để xem liệu điều đó có phù hợp về mặt y tế hay không.

* Trong quá trình xem xét này, chúng tôi xem xét tất cả các thông tin về thời gian nằm viện của quý vị. Chúng tôi kiểm tra để biết ngày xuất viện dự kiến của quý vị có phù hợp về mặt y tế không. Chúng tôi xem liệu quyết định về thời điểm quý vị nên rời bệnh viện có công bằng và tuân theo tất cả các quy tắc không.

Bước 3: Chúng tôi đưa ra quyết định của chúng tôi trong vòng 72 giờ sau khi quý vị đề nghị xem xét nhanh.

* **Nếu chúng tôi đồng ý với** **kháng nghị của quý vị**, điều đó có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý với quý vị rằng quý vị vẫn cần phải nhập viện sau ngày xuất viện. Chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú được đài thọ của quý vị chừng nào chúng là cần thiết về mặt y tế. Điều này cũng có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý bồi hoàn cho quý vị khoản chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị đã kết thúc. (Quý vị phải trả phần chi phí và có thể có giới hạn bảo hiểm áp dụng.)
* **Nếu chúng tôi từ chối kháng nghị của quý vị**,chúng tôi cho rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ nội trú của quý vị kết thúc vào ngày chúng tôi nói rằng bảo hiểm sẽ chấm dứt.
  + Nếu quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch, thì **quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí** chăm sóc bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện đã lên kế hoạch.

Bước 4: Nếu chúng tôi *từ chối* kháng nghị của quý vị, trường hợp của quý vị sẽ *tự động* được gửi đến cấp tiếp theo của quy trình kháng nghị.

Từng bước: Quy Trình Kháng Nghị *Thay Thế* Cấp 2

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| Tên chính thức của tổ chức xét duyệt độc lập là **Thực thể Xét duyệt Độc lập**. Đôi khi nó được gọi là **IRE**. |

**Tổ chức xét duyệt độc lập là một tổ chức độc lập do Medicare thuê.** Nó không kết nối với chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định xem quyết định của chúng tôi có chính xác hay không hoặc liệu có nên thay đổi hay không. Medicare giám sát công việc của tổ chức đó.

Bước 1: Chúng tôi sẽ tự động chuyển trường hợp của quý vị tới tổ chức xét duyệt độc lập.

* Chúng tôi bắt buộc phải gửi thông tin cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị tới tổ chức xét duyệt độc lập trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi nói với quý vị rằng chúng tôi đang từ chối kháng nghị đầu tiên của quý vị. (Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi không đáp ứng được hạn chót này hoặc những hạn chót khác, quý vị có thể tiến hành khiếu nại. Phần 11 của Chương này sẽ hướng dẫn cách khiếu nại.)

Bước 2: Tổ chức xét duyệt độc lập xem xét kháng nghị của quý vị nhanh chóng. Những người đánh giá cung cấp cho quý vị một câu trả lời trong vòng 72 giờ.

* Những người đánh giá tại tổ chức xét duyệt độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị xuất viện của quý vị.
* **Nếu tổ chức này nói có với *kháng* nghị của quý vị**, thì chúng tôi phải trả lại cho quý vị phần chi phí chăm sóc bệnh viện mà quý vị nhận được kể từ ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị. Chúng tôi cũng phải tiếp tục bảo hiểm của Chương trình đối với các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị miễn là cần thiết về mặt y tế. Quý vị phải tiếp tục thanh toán khoản chia sẻ chi phí của quý vị. Nếu có những giới hạn về bảo hiểm, những giới hạn này có thể giới hạn số tiền chúng tôi sẽ bồi hoàn hoặc chúng tôi sẽ tiếp tục chi trả bao lâu cho các dịch vụ của quý vị.
* **Nếu tổ chức này nói *không* với kháng nghị của quý vị**,điều đócó nghĩa là họ đồng ý rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế.
* Văn bản thông báo quý vị nhận được từ tổ chức xem xét độc lập sẽ cho biết cách bắt đầu quy trình kháng nghị Cấp 3, do Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư trọng tài xử lý.

Bước 3: Nếu tổ chức xét duyệt độc lập từ chối kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ chọn xem liệu quý vị có muốn kháng nghị thêm hay không.

* Có ba cấp bổ sung trong quy trình kháng nghị sau Cấp 2 (trong tổng số năm cấp kháng nghị). Nếu những người xét duyệt từ chối kháng nghị Cấp 2 của quý vị, quý vị quyết định có chấp nhận quyết định của họ hay tiếp tục kháng nghị Cấp 3.
* Phần 10 trong Chương này sẽ trình bày thêm về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

### PHẦN 9 Cách đề nghị chúng tôi tiếp tục đài thọ cho một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị nghĩ rằng bảo hiểm của quý vị kết thúc quá sớm

#### Phần 9.1 *Phần này chỉ nói về ba dịch vụ:* Chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, và các dịch vụ Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF)

Khi quý vị nhận **các dịch vụ sức khỏe tại nhà, chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, hoặc chăm sóc phục hồi chức năng (Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện)** được đài thọ, quý vị có quyền tiếp tục nhận các dịch vụ của mình cho loại chăm sóc đó miễn là dịch vụ chăm sóc là cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc chấn thương.

Khi chúng tôi quyết định rằng đã đến lúc ngừng đài thọ bất kỳ loại nào trong ba loại chăm sóc cho quý vị, chúng tôi bắt buộc phải thông báo trước cho quý vị. Khi bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó chấm dứt, *chúng tôi sẽ ngừng trả* [*insert if plan has cost sharing: our share of the cost*] *cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.*

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đang chấm dứt tình trạng bảo hiểm 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 trước cho quý vị khi bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| **Thông báo Không Đài thọ của Medicare.** Chương trình cho quý vị biết cách quý vị có thể yêu cầu **kháng nghị nhanh**. Yêu cầu một kháng nghị nhanh là cách thức hợp pháp và chính thức để yêu cầu thay đổi cho quyết định bảo hiểm của chúng tôi về thời điểm ngừng dịch vụ chăm sóc dành cho quý vị. |

**1. Quý vị đã nhận được thông báo bằng văn bản** ít nhấthai ngày trước khi Chương trình của chúng tôi sẽ ngừng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Thông báo cho quý vị biết:

* Ngày chúng tôi sẽ ngừng dịch vụ chăm sóc cho quý vị.
* Cách yêu cầu kháng nghị nhanh để yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ dịch vụ chăm sóc của quý vị trong một khoảng thời gian dài hơn.

**2. Quý vị, hoặc một người đại diện cho quý vị, sẽ được yêu cầu ký tên vào văn bản thông báo để cho biết rằng quý vị đã nhận được.** Việc ký thông báo *chỉ* cho thấy quý vị đã nhận được thông tin về thời điểm bảo hiểm của quý vị dừng. **Ký tên vào đây không có nghĩa là quý vị** đồng ý với quyết định ngừng chăm sóc của Chương trình.

#### Phần 9.3 Từng bước: Cách kháng nghị Cấp 1 để Chương trình của chúng tôi đài thọ cho quý vị trong thời gian dài hơn

Nếu quý vị muốn đề nghị chúng tôi đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong một thời gian dài hơn, quý vị sẽ cần phải sử dụng quy trình kháng nghị để đưa ra yêu cầu này. Trước khi bắt đầu, hãy hiểu quý vị cần làm gì và hạn chót là gì.

* **Thực hiện theo quy trình.**
* **Đáp ứng các thời hạn.**
* **Đề nghị giúp đỡ nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần giúp đỡ vào bất kỳ lúc nào, vui lòng gọi dịch vụ thành viên. Hoặc gọi đến Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Của Tiểu Bang của quý vị, đây là tổ chức chính phủ cung cấp hỗ trợ cá nhân.

**Trong kháng nghị Cấp 1, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét kháng nghị của quý vị.** Tổ chức này quyết định liệu ngày kết thúc chăm sóc của quý vị có phù hợp về mặt y tế không.

**Bước 1: Kháng nghị Cấp 1 của quý vị: liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và đề nghị kháng nghị nhanh. Quý vị phải nhanh chóng hành động.**

Làm thế nào quý vị có thể liên hệ với tổ chức này?

* Văn bản thông báo mà quý vị nhận được *(Thông Báo Không Bảo Hiểm Medicare)* cho quý vị biết cách liên lạc với tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải thiện Chất lượng cho tiểu bang của quý vị trong Chương 2.

***Hành động nhanh chóng:***

* Quý vị phải liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng để bắt đầu kháng nghị của mình **chậm nhất vào trưa ngày trước ngày có hiệu lực** trên *Thông Báo Không Bảo Hiểm Medicare*.
* Nếu quý vị bỏ lỡ hạn chót để liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và quý vị vẫn muốn nộp đơn kháng nghị, quý vị phải trực tiếp kháng nghị với chúng tôi. Để biết chi tiết về cách khác để làm cho kháng nghị của quý vị, hãy xem Phần 9.5 của Chương này.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ tiến hành xem xét độc lập trường hợp của quý vị.

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| **Giải thích chi tiết về Không bảo hiểm.** Thông báo cung cấp chi tiết về lý do kết thúc bảo hiểm. |

Điều gì xảy ra trong quá trình xem xét này?

* Các chuyên gia sức khỏe tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng (những người đánh giá) sẽ hỏi quý vị (hoặc người đại diện của quý vị) tại sao quý vị tin rằng bảo hiểm 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 quý vị muốn.
* Tổ chức đánh giá cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị, và xem xét thông tin mà Chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
* Vào cuối ngày, những người đánh giá cho chúng tôi biết về kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ nhận được **Giải thích Chi tiết về Không Bảo hiểm** từ chúng tôi, điều này giải thích chi tiết lý do chúng tôi chấm dứt bảo hiểm cho dịch vụ của quý vị.

Bước 3: Trong vòng một ngày sau khi họ có tất cả các thông tin họ cần; những người đánh giá sẽ cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì sẽ xảy ra nếu những người đánh giá nói có?

* Nếu những người đánh giá nói *có* với kháng nghị của quý vị, thì **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ được đài thọ của quý vị chừng nào còn cần thiết về mặt y tế.**
* Quý vị sẽ phải tiếp tục trả phần chi phí của quý vị (chẳng hạn như khoản khấu trừ hoặc tiền đồng thanh toán, nếu được áp dụng). Có thể có những giới hạn đối với các dịch vụ được đài thọ của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra nếu những người đánh giá từ chối?

* Nếu những người đánh giá *từ chối*, thì bảo **hiểm của quý vị sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị.**
* Nếu quý vị quyết định tiếp tục được chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc chăm sóc cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (CORF) *sau* ngày này khi bảo hiểm của quý vị kết thúc, thì **quý vị sẽ phải tự chi trả toàn bộ chi phí** chăm sóc này.

Bước 4: Nếu không có câu trả lời cho kháng nghị Cấp 1 của quý vị, quý vị sẽ quyết định liệu quý vị có muốn kháng nghị thêm hay không.

* Nếu những người đánh giá *từ chối* kháng nghị Cấp 1 của quý vị – và quý vị chọn tiếp tục được chăm sóc sau khi bảo hiểm chăm sóc của quý vị đã kết thúc – thì quý vị có thể kháng nghị Cấp 2.

#### Phần 9.4 Từng bước: Cách kháng nghị Cấp 2 để Chương trình của chúng tôi đài thọ cho quý vị trong một thời gian dài hơn

Trong kháng nghị Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem xét quyết định về kháng nghị đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng từ chối kháng nghị Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc chăm sóc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc các dịch vụ Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (CORF) *sau*ngày chúng tôi nói rằng bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt.

Bước 1: Liên hệ lại với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và yêu cầu xem xét lại.

* Quý vị phải yêu cầu xem xét lại điều này **trong vòng 60 ngày**kể từ ngày khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng nói *không* với kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu xem xét điều này nếu quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đã kết thúc.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét lại tình hình của quý vị lần thứ hai.

* Những người đánh giá tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét cẩn thận khác về tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị, những người xét duyệt sẽ quyết định về kháng nghị của quý vị và cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức xem xét nói có?

* **Chúng tôi phải bồi hoàn cho** **quý vị** về phần chi phí chăm sóc mà quý vị nhận được kể từ ngày chúng tôi nói rằng bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt. **Chúng tôi phải tiếp tục cung** **cấp bảo hiểm** cho dịch vụ chăm sóc miễn là cần thiết về mặt y tế.
* Quý vị phải tiếp tục chi trả phần chi phí này và có thể có những giới hạn bảo hiểm áp dụng.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức xem xét nói không?

* Điều này có nghĩa là họ đồng ý với quyết định được đưa ra đối với kháng nghị Cấp 1 của quý vị.
* Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết bằng văn bản rằng quý vị có thể làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình xem xét. Họ sẽ cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về cách tiếp tục lên cấp tiếp theo của kháng nghị, được xử lý bởi Một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư trọng tài.

Bước 4: Nếu không có câu trả lời, quý vị sẽ cần quyết định xem liệu quý vị có muốn tiếp tục kháng nghị hay không.

* Có ba mức kháng nghị bổ sung sau Cấp 2, với tổng cộng năm cấp kháng nghị. Nếu quý vị muốn tiếp tục thực hiện kháng nghị Cấp 3, chi tiết về cách làm điều này nằm trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau khi quyết định kháng nghị Cấp 2 của quý vị.
* Kháng nghị Cấp 3 do Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư trọng tài xử lý. Phần 10 trong Chương này sẽ trình bày thêm về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

#### Phần 9.5 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị bỏ lỡ hạn chót để thực hiện kháng nghị Cấp 1?

Thay vào đó quý vị có thể kháng nghị với chúng tôi

Như đã giải thích ở trên, quý vị phải nhanh chóng liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng để bắt đầu kháng nghị đầu tiên (nhiều nhất là trong vòng một hoặc hai ngày). Nếu quý vị để lỡ hạn chót liên hệ với tổ chức này, còn có một cách khác để quý vị kháng nghị. Nếu quý vị sử dụng cách khác này để thực hiện kháng nghị của mình, *thì hai mức kháng nghị đầu tiên là khác nhau*.

Từng bước: Làm thế nào để thực hiện kháng nghị *thay thế* Cấp 1

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| Xem xét nhanh (hoặc kháng nghị nhanh) còn được gọi là **kháng nghị khẩn**. |

Bước 1: Liên hệ với chúng tôi và yêu cầu xem xét nhanh.

* **Yêu cầu xem xét nhanh.** Điều này có nghĩa là quý vị đề nghị chúng tôi trả lời quý vị bằng cách sử dụng hạn chót nhanh hơn hạn chót thông thường. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 2: Chúng tôi xem xét nhanh quyết định mà chúng tôi đưa ra về thời điểm kết thúc bảo hiểm cho dịch vụ của quý vị.

* Trong quá trình xem xét này, chúng tôi xem xét tất cả thông tin về trường hợp của quý vị. Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có đang thực hiện theo tất cả các quy tắc không khi chúng tôi đặt ngày kết thúc bảo hiểm của Chương trình cho các dịch vụ mà quý vị nhận được.

Bước 3: Chúng tôi đưa ra quyết định của chúng tôi trong vòng 72 giờ sau khi quý vị đề nghị xem xét nhanh.

* **Nếu chúng tôi đồng ý với kháng nghị của quý vị**, điều đó có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý với quý vị rằng quý vị cần dịch vụ lâu hơn và sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ được đài thọ của quý vị miễn là cần thiết về mặt y tế. Điều này cũng có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý bồi hoàn cho quý vị khoản chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị đã kết thúc. (Quý vị phải trả phần chi phí và có thể có giới hạn bảo hiểm áp dụng.)
* **Nếu chúng tôi từ chối kháng nghị của quý vị**, thì bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị và chúng tôi sẽ không thanh toán khoản chia sẻ chi phí nào sau ngày này.
* Nếu quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc chăm sóc cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (CORF) *sau* ngày chúng tôi nói rằng bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt, thì **quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí** chăm sóc này.

Bước 4: Nếu chúng tôi *từ* *chối* kháng nghị khẩn của quý vị, trường hợp của quý vị sẽ *tự động* chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình kháng nghị.

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| Tên chính thức của tổ chức xét duyệt độc lập là **Thực thể Xét duyệt Độc lập**. Đôi khi nó được gọi là **IRE**. |

Từng bước: Quy Trình Kháng Nghị *Thay Thế* Cấp 2

Trong kháng nghị Cấp 2, **tổ chức xem xét độc** **lập** xem xét quyết định mà chúng tôi đưa ra cho kháng nghị khẩn của quý vị. Tổ chức này quyết định xem quyết định có nên được thay đổi hay không. **Tổ chức xét duyệt độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê**. Tổ chức này không liên kết với Chương trình của chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Tổ chức này là một công ty được Medicare lựa chọn để xử lý công việc là tổ chức xét duyệt độc lập. Medicare giám sát công việc của tổ chức đó.

Bước 1: Chúng tôi tự động chuyển trường hợp của quý vị đến tổ chức xét duyệt độc lập.

* Chúng tôi bắt buộc phải gửi thông tin cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị tới tổ chức xét duyệt độc lập trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi nói với quý vị rằng chúng tôi đang từ chối kháng nghị đầu tiên của quý vị. (Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi không đáp ứng được hạn chót này hoặc những hạn chót khác, quý vị có thể tiến hành khiếu nại. Phần 11 của Chương này sẽ hướng dẫn cách khiếu nại.)

Bước 2: Tổ chức xét duyệt độc lập xem xét kháng nghị của quý vị nhanh chóng. Những người đánh giá cung cấp cho quý vị một câu trả lời trong vòng 72 giờ.

* Những người đánh giá tại tổ chức xét duyệt độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.
* **Nếu tổ chức này nói *có* với kháng nghị của quý vị**, thì chúng tôi phải trả lại cho quý vị phần chi phí chăm sóc mà quý vị nhận được kể từ ngày chúng tôi nói rằng bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt. Chúng tôi cũng phải tiếp tục đài thọ cho chăm sóc miễn là sự chăm sóc này là cần thiết về mặt y tế. Quý vị phải tiếp tục thanh toán khoản chia sẻ chi phí của quý vị. Nếu có những giới hạn về bảo hiểm, những giới hạn này có thể giới hạn số tiền chúng tôi sẽ bồi hoàn hoặc bao lâu chúng tôi sẽ tiếp tục đài thọ cho các dịch vụ.
* **Nếu tổ chức này nói *không* với kháng nghị của quý vị**, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định mà Chương trình của chúng tôi đưa ra cho kháng nghị đầu tiên của quý vị và sẽ không thay đổi.
* Thông báo quý vị nhận được từ tổ chức xét duyệt độc lập sẽ cho quý vị biết bằng văn bản rằng quý vị có thể làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục kháng nghị Cấp 3.

Bước 3: Nếu tổ chức xét duyệt độc lập nói không với kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ chọn xem quý vị có muốn kháng nghị thêm hay không.

* Có ba mức kháng nghị bổ sung sau Cấp 2, với tổng cộng năm cấp kháng nghị. Nếu quý vị muốn tiếp tục thực hiện kháng nghị Cấp 3, chi tiết về cách làm điều này nằm trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau khi quyết định kháng nghị Cấp 2 của quý vị.
* Kháng nghị Cấp 3 được xem xét bởi Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư trọng tài. Phần 10 trong Chương này sẽ trình bày thêm về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

### PHẦN 10 Thực hiện kháng nghị của quý vị đến Cấp 3 và cao hơn

#### Phần 10.1 Các cấp Kháng nghị 3, 4 và 5 đối với Các Yêu cầu Dịch vụ Y Tế

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã kháng nghị Cấp 1 và kháng nghị Cấp 2, và cả hai kháng nghị của quý vị đã bị từ chối.

Nếu số tiền của mặt hàng hoặc dịch vụ y tế mà quý vị đã kháng nghị đáp ứng một mức tối thiểu nhất định, quý vị có thể được tiếp tục các mức kháng nghị bổ sung. Nếu giá trị bằng tiền thấp hơn mức tối thiểu, quý vị không thể tiếp tục kháng nghị. Thư trả lời bằng văn bản mà quý vị nhận được cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị sẽ giải thích cách kháng nghị Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng nghị, ba cấp cuối cùng của kháng nghị diễn ra theo cùng quy trình. Đây là người xử lý việc xem xét kháng nghị của quý vị ở mỗi mức này.

**Kháng nghị cấp 3 Một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư trọng tài** **làm việc cho chính phủ Liên bang** sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và trả lời cho quý vị.

* **Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư trọng tài nói có với kháng nghị của quý vị, quy trình kháng nghị *có thể đã hoặc có thể chưa* 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 đến 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 trọng tài.
  + Nếu chúng tôi quyết định kháng nghị quyết định, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản sao của 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 trọng tài nói không với kháng nghị của quý vị, quy trình kháng nghị *có thể đã* hoặc *có thể chưa* kết thúc**.
  + Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định mà đã từ chối kháng nghị của quý vị, thì quy trình kháng nghị đã kết thúc.
  + Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục bước tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì cho kháng nghị Cấp 4.

**Kháng nghị cấp 4 Hội** **đồng** **Kháng nghị Medicare** (Hội đồng) sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và trả lời cho quý vị. Hội đồng là một phần của chính phủ Liên bang.

* **Nếu câu trả lời là có, hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu của chúng tôi xem xét quyết định kháng nghị Cấp 3 thuận lợi, thì quy trình kháng nghị *có thể đã* hoặc *có thể chưa* 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 nên kháng nghị quyết định này đến Cấp 5 hay không.
  + Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng nghị quyết định, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc y tế trong vòng 60 ngày dương lịch kể từ khi nhận được quyết định của Hội đồng.
  + Nếu chúng tôi quyết định kháng nghị quyết định, chúng tôi sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị.
* **Nếu không có câu trả lời hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu xem xét, thì quy trình kháng *nghị có thể đã* hoặc *có thể chưa* kết thúc**.
  + Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định mà đã từ chối kháng nghị của quý vị, thì quy trình kháng nghị đã kết thúc.
  + Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục tiếp tục cấp tiếp theo của quy trình xem xét. Nếu Hội Đồng nói không với kháng nghị của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu các quy tắc cho phép quý vị có tiếp tục tham gia kháng nghị Cấp 5 và cách tiếp tục với kháng nghị Cấp 5 hay không.

**Kháng nghị Cấp 5** Một thẩm phán tại **Tòa Án Liên Bang** sẽ xemxét kháng nghị của quý vị.

* Một thẩm phán sẽ xem xét tất cả các thông tin và quyết định *có hoặc không đối với* yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn có thêm mức kháng nghị nào sau Tòa Án Quận Liên Bang.

#### Phần 10.2 Các cấp Kháng nghị 3, 4 và 5 đối với Các Yêu cầu Thuốc Phần D

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã 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 loại thuốc mà quý vị đã kháng nghị đáp ứng một số tiền nhất định, quý vị có thể tiếp tục có các mức kháng nghị bổ sung. Nếu giá trị bằng tiền thấp hơn, quý vị không thể tiếp tục kháng nghị. Thư trả lời bằng văn bản mà quý vị nhận được cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị sẽ giải thích ai cần liên lạc và phải làm gì để đề nghị kháng nghị Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng nghị, ba cấp cuối cùng của kháng nghị diễn ra theo cùng quy trình. Đây là người xử lý việc xem xét kháng nghị của quý vị ở mỗi mức này.

**Kháng nghị cấp 3 Một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư trọng tài làm việc cho chính phủ Liên bang** sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và trả lời cho quý vị.

* **Nếu câu trả lời là có, quy trình kháng nghị đã kết thúc**. Chúng tôi phải **uỷ quyền hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được phê duyệt bởi Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư trọng tài trong vòng **72 giờ (24 giờ đối với kháng nghị khẩn) hoặc thanh toán không quá 30 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
* **Nếu không có câu trả lời, quy trình kháng *nghị có thể đã* hoặc *có thể chưa* kết thúc**.
  + Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định mà đã từ chối kháng nghị của quý vị, thì quy trình kháng nghị đã kết thúc.
  + Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục bước tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì cho kháng nghị Cấp 4.

**Kháng nghị cấp 4 Hội** **đồng** **Kháng nghị Medicare** (Hội đồng) sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và trả lời cho quý vị. Hội đồng là một phần của chính phủ Liên bang.

* **Nếu câu trả lời là có, quy trình kháng nghị đã kết thúc**. Chúng tôi phải **uỷ quyền hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được phê duyệt bởi Hội đồng **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng nghị khẩn) hoặc thanh toán không quá 30 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
* **Nếu không có câu trả lời, quy trình kháng *nghị có thể đã* hoặc *có thể chưa* kết thúc**.
  + Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định mà đã từ chối kháng nghị của quý vị, thì quy trình kháng nghị đã kết thúc.
  + Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục tiếp tục cấp tiếp theo của quy trình xem xét. Nếu Hội đồng nói không với kháng nghị của quý vị hay từ chối yêu cầu xem xét kháng nghị của quý vị, thông báo sẽ cho quý vị biết liệu các quy tắc cho phép quý vị được tiếp tục xem xét kháng nghị Cấp 5 hay không. Ngoài ra, thông báo cũng sẽ cho quý vị biết ai cần liên lạc và phải làm gì tiếp theo nếu quý vị chọn tiếp tục với kháng nghị của mình.

**Kháng nghị Cấp 5** Một thẩm phán tại **Tòa** **Án Liên Bang** sẽ xemxét kháng nghị của quý vị.

* Một thẩm phán sẽ xem xét tất cả các thông tin và quyết định *có hoặc không đối với* yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn có thêm mức kháng nghị nào sau Tòa Án Quận Liên Bang.

### PHẦN 11 Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các quan ngại khác

#### Phần 11.1 Những vấn đề nào được xử lý theo quy trình khiếu nại?

Quy trình khiếu nại *chỉ* được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định. Điều này bao gồm các vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ và dịch vụ khách hàng. Dưới đây là các ví dụ về các dạng vấn đề được giải quyết theo quy trình khiếu nại.

| Khiếu nại | Ví dụ |
| --- | --- |
| **Chất lượng chăm sóc y tế của quý vị** | * Quý vị không hài lòng với chất lượng của dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được (bao gồm dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện)? |
| **Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị** | * Có ai đó đã không tôn trọng quyền riêng tư hoặc chia sẻ thông tin mật của quý vị hay không? |
| **Thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc thái độ tiêu cực khác** | * Có ai đó thô lỗ hoặc bất lịch sự với quý vị hay không? * Quý vị có không hài lòng với Dịch Vụ Thành Viên của chúng tôi không? * Quý vị có cảm thấy quý vị được khuyến khích rời khỏi Chương trình không? |
| **Thời gian chờ** | * Quý vị có gặp khó khăn khi nhận cuộc hẹn, hoặc chờ quá lâu để nhận được cuộc hẹn không? * Quý vị có bị các bác sĩ, dược sĩ, hoặc các chuyên gia sức khỏe khác bắt phải chờ đợi quá lâu hay không? Hoặc Ban Dịch Vụ Thành Viên hoặc các nhân viên khác trong Chương trình bắt đợi lâu?   + Các ví dụ bao gồm chờ đợi quá lâu trên điện thoại, trong phòng chờ hoặc khám hoặc nhận toa thuốc. |
| **Vệ sinh** | * Quý vị có không hài lòng với sự sạch sẽ hoặc tình trạng của phòng khám, bệnh viện hoặc phòng mạch bác sĩ hay không? |
| **Thông tin quý vị nhận từ chúng tôi** | * Chúng tôi có không gửi cho quý vị thông báo yêu cầu hay không? * Thông tin bằng văn bản của chúng tôi có khó hiểu không? |
| **Độ kịp thời**  (Những loại khiếu nại này đều liên quan đến sự *kịp thời* của các hành động của chúng tôi liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng nghị) | Nếu quý vị đã yêu cầu quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị và quý vị cho rằng chúng tôi không phản hồi đủ nhanh, quý vị có thể than phiền về sự chậm của chúng tôi. Ví dụ:   * Quý vị đã yêu cầu chúng tôi cho quyết định bảo hiểm khẩn hoặc kháng nghị khẩn, và chúng tôi đã nói không; quý vị có thể khiếu nại. * Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn chót cho các quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị; quý vị có thể khiếu nại. * Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn chót để đài thọ hoặc bồi hoàn cho quý vị về một số mặt hàng y tế hoặc dịch vụ hoặc thuốc đã được chấp thuận; quý vị có thể khiếu nại. * Quý vị cho rằng chúng tôi đã không đáp ứng được thời hạn chót cần thiết để chuyển trường hợp của quý vị đến tổ chức xét duyệt độc lập; quý vị có thể khiếu nại. |

#### Phần 11.2 Cách khiếu nại

| **Thuật ngữ pháp lý** |
| --- |
| * **Khiếu nại** cũng được gọi là **than phiền.** * **Việc khiếu nại** còn được gọi là **nộp đơn khiếu nại.** * **Việc sử dụng quy trình khiếu nại** cũng được gọi là **sử dụng quy trình nộp đơn khiếu nại.** * **Khiếu nại khẩn** còn được gọi là **khiếu nại nhanh.** |

#### Phần 11.3 Từng bước: Khiếu nại

Bước 1: Liên hệ với chúng tôi nhanh chóng – qua điện thoại hoặc bằng văn bản.

* **Thông thường, việc gọi Dịch vụ Thành viên là bước đầu tiên.** Nếu có bất kỳ điều gì khác quý vị cần làm, Dịch vụ Thành viên sẽ cho quý vị biết.
* **Nếu quý vị không muốn gọi (hoặc quý vị đã gọi điện và không hài lòng), quý vị có thể gửi khiếu nại bằng văn bản và gửi cho chúng tôi.** Nếu quý vị khiếu nại bằng văn bản thì chúng tôi sẽ phản hồi khiếu nại đó bằng văn bản.
* *[Insert description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint. Describe expedited grievance time frames for grievances about decisions to not conduct expedited organization/coverage determinations or reconsiderations/redeterminations.]*
* **Hạn chót** để khiếu nại là 60 ngày dương lịch kể từ khi quý vị gặp vấn đề mà quý vị muốn khiếu nại.

Bước 2: Chúng tôi xem xét khiếu nại của quý vị và cung cấp cho quý vị 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 qua điện thoại.
* **Hầu hết các khiếu nại được trả lời trong vòng 30 ngày dương lịch.** Nếu chúng tôi cần thêm thông tin và sự chậm trễ là tốt nhất cho quý vị hoặc nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi có thể mất thêm tới 14 ngày dương lịch (tổng cộng 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 bằng văn bản cho quý vị.
* **Nếu quý vị đang khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu của quý vị về quyết định bảo hiểm khẩn hoặc kháng nghị khẩn, chúng tôi sẽ tự động cho quý vị khiếu nại khẩn.** Nếu quý vị có khiếu nại khẩn, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ **trả** **lời quý vị trong vòng 24 giờ**.
* **Nếu chúng** **tôi không đồng ý với** một số hoặc tất cả khiếu nại của quý vị hoặc không chịu trách nhiệm về vấn đề quý vị phàn nàn, chúng tôi sẽ đưa ra lý do trả lời của chúng tôi cho quý vị.

#### Phần 11.4 Quý vị cũng có thể khiếu nại về chất lượng chăm sóc cho Tổ chức Cải thiện Chất lượng

Khi quý vị khiếu nại về *chất lượng chăm sóc*, quý vị cũng có hai lựa chọn bổ sung:

* **Quý vị có thể khiếu nại trực tiếp đến Tổ chức Cải thiện Chất lượng**. Tổ chức Cải thiện Chất lượng là một nhóm các chuyên viên y tế và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác do chính phủ Liên bang chi trả để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc được cung cấp cho bệnh nhân Medicare. Chương 2 có thông tin liên hệ.

*Hoặc*

* **Quý vị có thể khiếu nại đến cả Tổ chức Cải thiện Chất lượng và chúng tôi cùng một lúc**.

#### Phần 11.5 Quý vị cũng có thể thông báo cho Medicare về khiếu nại của quý vị

Quý vị có thể nộp khiếu nại về *[insert 2024 plan name]* trực tiếp đến Medicare. Để gửi khiếu nại cho Medicare, hãy truy cập [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY/TDD có thể gọi số   
1-877-486-2048.

CÁC VẤN ĐỀ VỀ CÁC QUYỀN LỢI MEDICAID CỦA QUÝ VỊ

### PHẦN 12 Xử lý các vấn đề về các quyền lợi bảo hiểm Medicaid của quý vị

*[Plans should add sections describing the processes available to members to pursue appeals and grievances related to Medicaid-covered services. Plans should also include descriptions of how they will assist members with navigating those processes.]*

## CHƯƠNG 9B: *Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề* *hay khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)*

*[Applicable integrated plans, the subset of fully integrated dual eligible special need plans (FIDE SNPs) and highly integrated dual eligible special need plans (HIDE SNPs) with exclusively aligned enrollment, are required to use Chapter 9B instead of Chapter 9A.]*

*[Plans should remove the corresponding letter, either "A" or "B", from whichever version of Chapter 9 the plan uses (either Chapter 9A or Chapter 9B) from the document. This includes the main table of contents, Chapter 9 cover page, and Chapter 9 table of contents.]*

*[Plans should ensure that the text or section heading immediately preceding each "Legal Terms" box is kept on the same page as the box.]*

### PHẦN 1 Giới thiệu

#### Phần 1.1 Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc quan ngại

Chương này giải thích các quy trình xử lý các vấn đề và quan ngại. Quá trình quý vị sử dụng để xử lý vấn đề của quý vị phụ thuộc vào loại vấn đề quý vị đang gặp:

* + Đối với một số vấn đề, quý vị cần phải sử dụng **quy trình đưa ra quyết định về bảo hiểm và kháng nghị**.
  + Đối với những vấn đề khác, quý vị cần phải sử dụng **quy trình khiếu nại**; còn gọi là than phiền.

Mỗi quy trình có một bộ các quy tắc, thủ tục và hạn chót phải được chúng tôi và quý vị tuân theo.

**Phần 3** sẽ giúp quý vị xác định đúng quy trình sử dụng và những gì quý vị nên làm.

#### Phần 1.2 Còn các thuật ngữ pháp lý thì sao?

Có các thuật ngữ pháp lý cho một số quy tắc, thủ tục và loại hạn chót 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 làm cho 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 là khiếu nại thay vì nộp đơn khiếu nại, quyết định về bảo hiểm thay vì quyết định tổ chức tích hợp hoặc xác định bảo hiểm hay xác định rủi ro, và tổ chức xem xét độc lập thay vì Thực thể Xét duyệt Độc lập.
* Nó cũng sử dụng từ viết tắt ít nhất có thể.

Tuy nhiên, có thể hữu ích – và đôi khi khá quan trọng – nếu quý vị biết các thuật ngữ pháp lý chính xác. Việc biết được nên sử dụng các thuật ngữ nào sẽ giúp quý vị giao tiếp một cách chính xác hơn để nhận được sự trợ giúp hoặc thông tin phù hợp cho tình huống của quý vị. Để giúp quý vị biết sử dụng thuật ngữ nào, chúng tôi đưa vào các thuật ngữ pháp lý khi chúng tôi cung cấp chi tiết để xử lý các loại tình huống cụ thể.

### PHẦN 2 Nơi nhận thêm thông tin và hỗ trợ được cá nhân hóa

Chúng tôi luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị. Ngay cả khi quý vị có khiếu nại về việc chúng tôi đối xử với quý vị, chúng tôi có nghĩa vụ phải tôn trọng quyền khiếu nại của quý vị. Do đó, quý vị nên 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 kết với chúng tôi. Dưới đây là hai thực thể có thể hỗ trợ quý vị.

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

Mỗi tiểu bang có một Chương trình chính phủ với các tham vấn viên được đào tạo. Chương trình này không liên kết với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc Chương trình sức khỏe nào. Các tư vấn viên của Chương trình này có thể giúp quý vị hiểu quy trình nào quý vị nên sử dụng để xử lý vấn đề quý vị đang gặp phải. Họ cũng có thể trả lời các câu hỏi của quý vị, cung cấp cho quý vị thêm thông tin, và hướng dẫn về việc cần làm.

Dịch vụ tư vấn SHIP là miễn phí. *[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it.]* Quý vị sẽ tìm thấy các 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 nhận trợ giúp. Để liên hệ Medicare:

* Quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.
* Truy cập trang web của Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

Quý vị có thể nhận trợ giúp và thông tin từ Medicaid

*[Insert contact information for the state Medicaid agency. Plans may insert similar sections for the QIO or ombudsman.]*

### PHẦN 3 Hiểu rõ các khiếu nại và kháng nghị của 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 bảo hiểm Medicare và Medicaid của quý vị. Điều này đôi khi được gọi là một quá trình tích hợp bởi vì nó kết hợp, hoặc tích hợp, 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 để nhận được quyền lợi được Medicare đài thọ và một quy trình Medicaid cho một quyền lợi được Medicaid đài thọ. Những tình huống này được giải thích trong **Phần 6.4** của Chương này, *Từng bước: Cách thực hiện kháng nghị Cấp 2"*

VẤN ĐỀ VỀ QUYỀN LỢI CỦA QUÝ VỊ

### PHẦN 4 Các quyết định và kháng nghị về bảo hiểm

Nếu quý vị có một vấn đề hoặc quan ngại, quý vị chỉ cần đọc các phần của Chương này áp dụng cho tình hình của quý vị. Thông tin dưới đây sẽ giúp quý vị tìm được phần phù hợp của Chương này về các vấn đề hoặc khiếu nại về **các quyền lợi được** **Medicare hoặc Medicaid đài thọ**.

Quý vị có vấn đề hoặc quan ngại về các quyền lợi và đài thọ của mình?

Vấn đề này bao gồm các vấn đề về việc liệu dịch vụ chăm sóc y tế (vật dụng y tế, dịch vụ và/hoặc thuốc theo toa Phần B) có được đài thọ hay không, cách chúng được đài thọ và các vấn đề liên quan đến thanh toán chăm sóc y tế.

**Có.**

Tiếp tục đến phần tiếp theo của Chương này, **Phần 5, "Hướng dẫn về những thông tin cơ bản về các quyết định bảo hiểm và kháng nghị."**

**Không.**

Bỏ qua và đi đến **Phần 11** ở cuối Chương này, "**Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các quan ngại khác."**

### PHẦN 5 Hướng dẫn về những thông tin cơ bản về các quyết định bảo hiểm và kháng nghị

#### Phần 5.1 Yêu cầu quyết định bảo hiểm và kháng nghị: tổng quan

Các quyết định và kháng nghị bảo hiểm giải quyết các vấn đề liên quan đến quyền lợi và bảo hiểm của quý vị cho chăm sóc y tế của quý vị (dịch vụ, vật dụng và thuốc theo toa Phần B, bao gồm thanh toán). Để đơn giản hóa mọi thứ, chúng tôi thường giới thiệu đến các mặt hàng y tế, dịch vụ và thuốc theo toa Medicare Phần B là **chăm** **sóc y tế**. Quý vị sử dụng quyết định về bảo hiểm và quy trình kháng nghị đối với các vấn đề chẳng hạn như nội dung nào đó được đài thọ hay không và cách bảo hiểm của thứ gì đó.

Yêu cầu quyết định bảo hiểm trước khi nhận quyền lợi

Quyết định về bảo hiểm là quyết định mà chúng tôi đưa ra về các quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ chi trả cho việc 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 thuộc mạng lưới, giới thiệu này được coi là một quyết định bảo hiểm thuận lợi trừ khi bác sĩ trong mạng lưới của quý vị có thể cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông báo từ chối tiêu chuẩn cho bác sĩ y tế này hoặc Chứng từ Bảo hiểm nêu rõ rằng dịch vụ giới thiệu không bao giờ được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu quyết định về bảo hiểm nếu bác sĩ của quý vị không chắc liệu chúng tôi có đài thọ cho một dịch vụ y tế cụ thể hay không hoặc từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ rằng quý vị cần. Nói cách khác, nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có đài thọ cho một dịch vụ chăm sóc y tế trước khi quý vị nhận được nó hay không, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định về bảo hiểm cho quý vị.Trong một số trường hợp, một yêu cầu quyết định về bảo hiểm sẽ bị bãi bỏ, có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu này. Các ví dụ về thời điểm yêu cầu sẽ bị bãi bỏ bao gồm trường hợp yêu cầu chưa hoàn chỉnh, nếu ai đó thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được ủy quyền hợp pháp hoặc nếu quý vị đề nghị rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bãi bỏ yêu cầu quyết định về bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi một thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu bị bãi bỏ và cách yêu cầu xem xét bãi bỏ.

Chúng tôi đang đưa ra quyết định về bảo hiểm cho quý vị bất cứ khi nào chúng tôi quyết định số tiền được đài thọ cho quý vị và số tiền chúng tôi chi trả. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định rằng dịch vụ chăm sóc y tế không được Medicare đài thọ hoặc không còn được Medicare đài thọ cho quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định đài thọ này, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị.

Kháng nghị

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định về bảo hiểm, cho dù trước hoặc sau khi nhận được quyền lợi và quý vị không hài lòng, quý vị có thể **kháng nghị** quyết định. Kháng nghị là một cách chính thức để đề nghị chúng tôi xem xét và thay đổi quyết định về bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra. Trong một số trường hợp nhất định, mà chúng tôi đã thảo luận sau, quý vị có thể yêu cầu kháng nghị nhanh hoặc **khẩn** về quyết định bảo hiểm. Kháng nghị của quý vị được xử lý bởi những người xem xét khác nhau chứ không phải những người đưa ra quyết định ban đầu.

Khi quý vị kháng nghị quyết định lần đầu, đây được gọi là kháng nghị Cấp 1. Trong kháng nghị này, chúng tôi xem xét quyết định về bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân thủ đúng các quy tắc hay không. Khi chúng tôi đã hoàn thành việc xem xét, chúng tôi đưa ra quyết định của chúng tôi.

Trong một số trường hợp, một yêu cầu kháng nghị Cấp 1 sẽ bị bãi bỏ, điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu này. Các ví dụ về thời điểm yêu cầu sẽ bị bãi bỏ bao gồm trường hợp yêu cầu chưa hoàn chỉnh, nếu ai đó thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được ủy quyền hợp pháp hoặc nếu quý vị đề nghị rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bãi bỏ yêu cầu kháng nghị Cấp 1, chúng tôi sẽ gửi một thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu bị bãi bỏ và cách yêu cầu xem xét bãi 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 đến kháng nghị Cấp 2 do một tổ chức đánh giá độc lập không liên kết với chúng tôi thực hiện.

* Quý vị không cần phải làm bất cứ điều gì để bắt đầu kháng nghị Cấp 2. Các quy định của Medicare yêu cầu chúng tôi tự động gửi kháng nghị chăm sóc y tế của quý vị đến Cấp 2 nếu chúng tôi không đồng ý hoàn toàn 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.
* Đối với kháng nghị thuốc Phần D, nếu chúng tôi từ chối tất cả hoặc một phần kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ cần phải đề nghị kháng nghị Cấp 2. Kháng nghị Phần D được thảo luận thêm trong Phần 7 của Chương này.

Nếu quý vị không hài lòng với quyết định tại kháng nghị Cấp 2, quý vị có thể tiếp tục thông qua các mức kháng nghị bổ sung (Phần 10 trong Chương này giải thích quy trình kháng nghị Cấp 3, 4 và 5).

#### Phần 5.2 Cách nhận trợ giúp khi quý vị đề nghị quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị

Đây là các nguồn trợ giúp nếu quý vị quyết định yêu cầu bất kỳ loại quyết định bảo hiểm nào hoặc kháng nghị quyết định:

* Quý vị **có thể gọi cho chúng tôi theo địa chỉ Dịch vụ Thành viên**.
* Quý vị **có thể nhận trợ giúp miễn phí từ** Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang của mình.
* **Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có thể đưa ra yêu cầu cho quý vị.** Nếu bác sĩ của quý vị giúp giải quyết kháng nghị vượt quá Cấp 2, họ sẽ cần được chỉ định làm người đại diện của quý vị. Vui lòng gọi dịch vụ thành viên và yêu cầu *biểu mẫu Chỉ Định Người Đại* Diện. (Mẫu đơn cũng có trên trang web của Medicare tại địa chỉ [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) [*plans may also insert:* hoặc trên trang web của chúng tôi tại *[insert website or link to form*]].)
* Đối với dịch vụ chăm sóc y tế, bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác có thể yêu cầu quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị Cấp 1 thay mặt quý vị. Nếu kháng nghị của quý vị bị từ chối ở Cấp 1, kháng nghị đó sẽ tự động được chuyển tiếp đến Cấp 2.
* Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe khác yêu cầu rằng một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đang nhận được tiếp tục trong thời gian kháng nghị, quý vị **có thể** cần đề cử bác sĩ hoặc nhà kê đơn khác làm người đại diện cho quý vị.
* Đối với thuốc theo toa Phần D, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác có thể yêu cầu quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị Cấp 1 thay mặt quý vị. 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 thay mặt quý vị.** Nếu quý vị muốn, quý vị có thể đề nghị một người khác hành động thay cho quý vị, làm người đại diện của quý vị để đề nghị quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị.
  + Nếu quý vị muốn một người bạn, người thân hoặc người khác làm đại diện của quý vị, gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên và yêu cầu *biểu mẫu Chỉ Định Người Đại* Diện. (Mẫu đơn cũng có trên trang web của Medicare tại địa chỉ [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) [*plans may also insert:* hoặc trên trang web của chúng tôi tại *[insert website or link to form]*].) Biểu mẫu cho phép người đó thay mặt quý vị hành động. Mẫu phải có chữ ký của quý vị và người quý vị muốn hành động thay mặt quý vị. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao của mẫu đã ký.
  + Mặc dù chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu kháng nghị không cần biểu mẫu, chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn thành việc xem xét cho đến khi nhận được yêu cầu. Nếu chúng tôi không nhận được biểu mẫu trong vòng 44 ngày dương lịch sau khi nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị (hạn chót của chúng tôi để quyết định về kháng nghị của quý vị), yêu cầu kháng nghị của quý vị sẽ bị bãi bỏ. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị văn bản thông báo giải thích quyền yêu cầu tổ chức xét duyệt độc lập xem xét quyết định bãi bỏ kháng nghị của chúng tôi.
* **Quý vị cũng có quyền thuê một luật sư.** Quý vị có thể liên hệ với luật sư của quý vị hoặc xin tên luật sư từ hiệp hội luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Ngoài ra còn có các nhóm sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện. Tuy nhiên, **quý vị không bắt buộc phải thuê một luật sư để** yêu cầu bất kỳ loại quyết định bảo hiểm nào hoặc kháng nghị quyết định.

#### Phần 5.3 Phần nào trong Chương này đưa ra chi tiết về tình huống của quý vị?

Có bốn tình huống khác nhau liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng nghị. Vì mỗi trường hợp có các quy tắc và hạn chót khác nhau, chúng tôi cung cấp chi tiết cho từng trường hợp trong một phần riêng biệt:

* **Phần 6 của** Chương này, "Chăm sóc y tế của quý vị: Làm thế nào để yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị"
* **PHẦN 7** của Chương này, "Thuốc theo toa Phần D của quý vị: Làm thế nào để yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị"
* **Phần 8** của Chương này, "Cách đề nghị chúng tôi đài thọ cho thời gian nằm viện nội trú dài hơn nếu quý vị nghĩ rằng bác sĩ cho quý vị xuất viện quá sớm"
* **Phần 9** của Chương này, "Cách đề nghị chúng tôi tiếp tục đài thọ cho một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của quý vị đang kết thúc quá sớm" (Phần này chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau: chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, và các dịch vụ Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (CORF))

Nếu quý vị không biết chắc quý vị nên sử dụng phần nào, hãy gọi dịch vụ thành viên. Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp hoặc thông tin từ các tổ chức chính phủ như SHIP của quý vị.

### PHẦN 6 Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Làm thế nào để yêu cầu quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị một quyết định bảo hiểm

#### Phần 6.1 Phần này sẽ hướng dẫn phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề trong việc nhận bảo hiểm chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi trả lại cho quý vị [*insert if plan has cost sharing:* phần chi phí chăm sóc của] chúng tôi

Phần này là về các quyền lợi của quý vị đối với chăm sóc y tế. Các quyền lợi này được mô tả trong Chương 4 của tài liệu này: *Biểu Quyền lợi Y tế (những gì được đài thọ [insert if plan has cost sharing: and what you pay]*). Trong một số trường hợp, các quy tắc khác nhau áp dụng cho yêu cầu thuốc theo toa Phần B. Trong những trường hợp đó, chúng tôi sẽ giải thích các quy tắc cho thuốc theo toa Phần B khác với các quy tắc cho các mặt hàng và dịch vụ y tế.

Phần này nói rằng quý vị có thể làm gì nếu quý vị ở trong bất kỳ trong năm tình huống sau đây:

1. Quý vị không nhận được một số dịch vụ chăm sóc y tế nhất định mà quý vị muốn, và quý vị tin rằng Chương trình của chúng tôi đài thọ dịch vụ chăm sóc này. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**

2. Chương trình của chúng tôi sẽ không chấp thuận dịch vụ chăm sóc y tế mà nhà cung cấp dịch vụ y tế khác muốn cung cấp cho quý vị, và quý vị tin rằng dịch vụ chăm sóc này được Chương trình đài thọ. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**

3. Quý vị đã nhận được dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng nên được Chương trình đài thọ, nhưng chúng tôi nói 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 cho là Chương trình của chúng tôi nên đài thọ, và quý vị muốn đề nghị Chương trình của chúng tôi bồi hoàn cho quý vị cho dịch vụ chăm sóc này. **Gửi hóa đơn cho chúng tôi. Phần 6.5.**

5. Quý vị được thông báo rằng bảo hiểm cho một số dịch vụ chăm sóc y tế nhất định mà quý vị nhận được mà chúng tôi đã chấp thuận trước đó sẽ được giảm hoặc dừng lại, và quý vị tin rằng việc giảm hoặc dừng chăm sóc này có thể gây tổn hại cho sức khỏe của quý vị. **Kháng nghị. Phần 6.3.**

**Lưu ý:** **Nếu tình trạng bảo hiểm sẽ bị dừng là cho chăm sóc cuối đời, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (CORF)** thì quý vị cần đọc Phần 8 và 9 của Chương này. Các quy tắc đặc biệt áp dụng cho các loại chăm sóc này.

#### Phần 6.2 Từng bước: Cách yêu cầu quyết định về bảo hiểm

| **Thuật ngữ pháp lý** |
| --- |
| Khi quyết định bảo hiểm liên quan đến chăm sóc y tế của quý vị, nó được gọi là quyết **định của tổ chức**.  Quyết định bảo hiểm nhanh được gọi là **quyết định khẩn**. |

Bước 1: Quyết định xem quý vị có cần quyết định về bảo hiểm tiêu chuẩn hay quyết định về bảo hiểm khẩn hay không.

**Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thường được đưa ra trong vòng 14 ngày hoặc 72 giờ đối với thuốc Phần B. Một quyết định về bảo hiểm khẩn thường được đưa ra trong vòng 72 giờ, đối với các dịch vụ y tế, 24 giờ đối với thuốc Phần B. Để được quyết định bảo hiểm khẩn, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:**

* Quý vị *chỉ được yêu cầu* bảo hiểm cho các vật dụng y tế và/hoặc dịch vụ (không phải là yêu cầu thanh toán vật tư và/hoặc dịch vụ đã nhận được).
* Quý vị chỉ có thể nhận được quyết định bảo hiểm khẩn *chỉ* khi việc sử dụng hạn chót tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị *hoặc làm tổn thương khả năng hoạt động của quý vị*.
* **Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị đòi hỏi quyết định bảo hiểm khẩn, chúng tôi sẽ tự động đồng ý cho quý vị quyết định bảo hiểm khẩn.**
* **Nếu quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm khẩn mà 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 bảo hiểm khẩn không cho quý vị hay không.** Nếu chúng tôi không phê duyệt quyết định bảo hiểm khẩn, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư rằng:
* Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng hạn chót tiêu chuẩn.
* Giải thích nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm khẩn, chúng tôi sẽ tự động gửi cho quý vị quyết định bảo hiểm khẩn.
* Giải thích rằng quý vị có thể gửi khiếu nại khẩn về quyết định của chúng tôi về việc đưa ra quyết định về bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định bảo hiểm khẩn mà quý vị yêu cầu.

Bước 2: Đề nghị Chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định về bảo hiểm hoặc quyết định bảo hiểm khẩn.

* Bắt đầu bằng cách gọi, viết hoặc gửi fax Chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị, bác sĩ của quý vị, hoặc người đại diện của quý vị có thể làm điều này. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu bảo hiểm chăm sóc y tế của quý vị và cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

Đối với các quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn, chúng tôi sử dụng hạn chót tiêu chuẩn.

Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 14 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị về một mặt hàng y tế hoặc dịch vụ. Nếu yêu cầu của quý vị về thuốc theo toa Medicare Phần B, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

* Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi có thể mất **tới 14 ngày nữa** nếu yêu cầu của quý vị là cho một mặt hàng y tế hoặc dịch vụ. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị. Chúng tôi không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị dành cho thuốc theo toa Medicare Phần B.
* Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không* nên thêm ngày, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại khẩn. Chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định. (Quy trình khiếu nại khác với quy trình ra quyết định bảo hiểm và kháng nghị. Xem Phần 11 của Chương này để biết thông tin về khiếu nại.)

***Trong những quyết định bảo hiểm khẩn, chúng tôi sử dụng khung thời gian nhanh***

Quyết định bảo hiểm nhanh chóng có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ nếu yêu cầu của quý vị là cho một mặt hàng y tế hoặc dịch vụ. Nếu yêu cầu của quý vị 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 thời gian mà có thể mang lại lợi ích cho quý vị, **chúng tôi có** **thể mất tới 14 ngày nữa**. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị. Chúng tôi không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị dành cho thuốc theo toa Medicare Phần B.
* Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không nên* thêm ngày, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại khẩn. (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 không đối với một** p**hần hoặc toàn bộ nội dung quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bảo hiểm y tế của quý vị, quý vị có thể kháng nghị.

* Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền đề nghị chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách kháng nghị. Điều này có nghĩa là yêu cầu lại để có được bảo hiểm chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Nếu quý vị kháng nghị, điều đó có nghĩa là quý vị đang tiếp tục tham gia Cấp 1 của quy trình kháng nghị.

#### Phần 6.3 Từng bước: Làm thế nào để thực hiện kháng nghị Cấp 1

| **Thuật ngữ pháp lý** |
| --- |
| Một kháng nghị đối với Chương trình về quyết định về bảo hiểm chăm sóc y tế được gọi là **xem xét lại**.  Kháng nghị khẩn còn được **gọi là xem xét lại nhanh chóng**. |

Bước 1: Quyết định xem quý vị có cần kháng nghị tiêu chuẩn hay kháng nghị khẩn không.

**Một kháng nghị tiêu chuẩn thường được thực hiện trong vòng 30 ngày hoặc 7 ngày đối với thuốc Phần B. Một kháng nghị khẩn thường được thực hiện trong vòng 72 giờ.**

* Nếu quý vị kháng nghị quyết định, chúng tôi đã đưa ra bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị sẽ cần quyết định xem liệu quý vị có cần kháng nghị khẩn không. Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị cần được kháng nghị khẩn, chúng tôi sẽ cho quý vị kháng nghị khẩn.
* Các yêu cầu để được kháng nghị khẩn cũng giống như những yêu cầu để nhận được quyết định về bảo hiểm khẩn trong Phần 6.2 của Chương này.

Bước 2: Yêu cầu Chương trình của chúng tôi cho Kháng nghị hoặc Kháng nghị Khẩn

* **Nếu quý vị đề nghị kháng nghị tiêu chuẩn, hãy gửi kháng nghị tiêu chuẩn bằng văn bản.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* Quý vị cũng có thể đề nghị kháng nghị bằng cách gọi điện cho chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ.
* **Nếu quý vị đề nghị kháng nghị khẩn, hãy kháng nghị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
* **Quý vị phải thực hiện yêu cầu kháng nghị trong vòng 60 ngày dương lịch** kể từ ngày ghi trên văn bản thông báo mà chúng tôi đã gửi để cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm. Nếu quý vị để lỡ hạn chót này và có lý do chính đáng để lỡ hạn chót này, hãy giải thích lý do kháng nghị của quý vị bị trễ khi quý vị kháng nghị. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng nghị. Các ví dụ về nguyên nhân chính có thể bao gồm một căn bệnh nghiêm trọng ngăn cản quý vị liên hệ với chúng tôi hoặc nếu chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về hạn chót để yêu cầu kháng nghị.
* **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin liên quan đến quyết định y tế của quý vị miễn phí. Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể thêm thông tin để hỗ trợ cho kháng nghị của quý vị.**

Nếu chúng tôi nói với quý vị rằng chúng tôi sẽ dừng hoặc giảm bớt các dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã nhận được, quý vị có thể duy trì các dịch vụ hoặc vật dụng đó trong suốt kháng nghị của mình.

* Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc ngừng bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị hiện nhận được, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị 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 đài thọ cho dịch vụ hoặc vật dụng nếu quý vị đề nghị kháng nghị Cấp 1 trong vòng 10 ngày dương lịch kể từ ngày dấu bưu điện trên thư của chúng tôi hoặc vào ngày dự định có hiệu lực của hành động này, theo trường hợp nào sau.
* Nếu quý vị đáp ứng hạn chót này, quý vị có thể tiếp tục nhận dịch vụ hoặc vật dụng mà không có thay đổi trong khi kháng nghị Cấp 1 của quý vị đang chờ giải quyết. 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.

Bước 3: Chúng tôi xem xét kháng nghị của quý vị và chúng tôi cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

* Khi chúng tôi xem xét kháng nghị của quý vị, chúng tôi xem xét cẩn thận tất cả thông tin. Chúng tôi kiểm tra để xem liệu chúng tôi có làm theo tất cả các quy định khi chúng tôi nói không với 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.

Hạn chót cho kháng nghị khẩn

* Đối với kháng nghị khẩn, chúng tôi phải trả lời cho quý vị **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị**. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm 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 có thể mất **tới 14 ngày dương lịch nữa** nếu yêu cầu của quý vị là cho một mặt hàng y tế hoặc dịch vụ.Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị về thuốc theo toa Medicare Phần B, chúng tôi không thể sử dụng thêm thời gian.
* Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ (hoặc vào cuối khoảng thời gian kéo dài nếu chúng tôi thêm ngày), chúng tôi bắt buộc phải tự động gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị, nơi nó sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét. Phần 6.4 giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị 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 đến tổ chức xem xét độc lập cho kháng nghị Cấp 2. Tổ chức xét duyệt độc lập sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị khi họ nhận được kháng nghị của quý vị.

Hạn chót 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 chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị đối với thuốc theo 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 chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị quyết định của mình sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đang cần chúng tôi làm điều đó.
* Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi có thể mất **tới 14 ngày dương lịch nữa** nếu yêu cầu của quý vị là cho một mặt hàng y tế hoặc dịch vụ. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị. Chúng tôi không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị dành cho thuốc theo toa Medicare Phần B.
* Nếu quý vị cho rằng chúng tôi **không** nên thêm ngày, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại khẩn. Khi quý vị nộp đơn khiếu nại khẩn, chúng tôi sẽ trả lời đơn than phiền của quý vị trong vòng 24 giờ. (Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại, bao gồm khiếu nại khẩn, hãy xem **Phần 11** của Chương này.)
* Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trước hạn chót (hoặc vào cuối thời hạn kéo dài), chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến kháng nghị Cấp 2, nơi một tổ chức xét duyệt độc lập sẽ xem xét kháng nghị. Phần 6.4 giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm trong vòng **30 ngày dương lịch**, hoặc **trong vòng 7 ngày dương lịch** nếu yêucầu của quý vị 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 nói không với một phần hoặc tất cả kháng nghị của quý vị, quý vị có quyền kháng nghị bổ sung.
* Nếu chúng tôi từ chối đối với một phần hoặc tất cả nội dung quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị.
* Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm của một dịch vụ hoặc vật dụng Medicare, thư sẽ thông báo cho quý vị rằng chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập để nhận được kháng nghị Cấp 2.
* Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm của một dịch vụ hoặc vật dụng Medicaid, lá thư sẽ thông báo cho quý vị cách tự nộp đơn kháng nghị Cấp 2.

#### Phần 6.4 Từng bước: Cách thực hiện kháng nghị Cấp 2

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| Tên chính thức của tổ chức xét duyệt độc lập là **Thực thể Xét duyệt Độc lập**. Đôi khi nó được gọi là **IRE**. |

**Tổ chức xét duyệt độc lập là một tổ chức độc lập do Medicare thuê.** Nó không kết nối với chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định xem quyết định của chúng tôi có chính xác hay không hoặc liệu có nên thay đổi hay không. Medicare giám sát công việc của tổ chức đó.

* Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng thường được **Medicare đài thọ**, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến 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 đài thọ**,quý vị có thể tự mình nộp đơn kháng nghị Cấp 2. Thư sẽ hướng dẫn quý vị cách thực hiện việc này. Thông tin cũng có dưới đây.
* Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng có thể được **cả Medicare và Medicaid đài thọ**, quý vị sẽ tự động nhận được kháng nghị Cấp 2 với tổ chức đánh giá độc lập. Quý vị có thể yêu cầu một Phiên điều trần công bằng với tiểu bang.

Nếu quý vị đủ điều kiện tiếp tục các quyền lợi khi quý vị đệ đơn kháng nghị Cấp 1, quyền lợi bảo hiểm cho dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc của quý vị theo kháng nghị cũng có thể tiếp tục trong Cấp 2. Hãy truy cập trang *[insert applicable page number(s)]* 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 một dịch vụ thường chỉ được Medicare đài thọ, quyền lợi bảo hiểm của quý vị đối với dịch vụ đó sẽ không được tiếp tục trong quy 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 đài thọ, quyền lợi bảo hiểm 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 hay vật dụng mà Medicare thường đài thọ:

Bước 1: Tổ chức xét duyệt độc lập sẽ xem xét kháng nghị của quý vị.

* Chúng tôi sẽ gửi thông tin về 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 gửi cho một bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị miễn phí**.
* Quý vị có quyền cung cấp cho tổ chức xem xét độc lập thông tin bổ sung để hỗ trợ kháng nghị của quý vị.
* Những người đánh giá tại tổ chức xét duyệt độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Nếu quý vị có kháng nghị khẩn cấp 1, quý vị cũng sẽ có kháng nghị khẩn ở Cấp 2

* Đối với kháng nghị khẩn, tổ chức xét duyệt phải trả lời kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được kháng nghị của quý vị.
* Nếu yêu cầu của quý vị là đối với một mặt hàng y tế hoặc dịch vụ và tổ chức xét duyệt độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể mang lại lợi ích cho quý vị, **có thể cần thêm tới 14 ngày dương lịch**. Tổ chức xét duyệt độc lập không thể dùng thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị dành cho một loại thuốc theo toa Medicare Phần B.

Nếu quý vị có kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 1, quý vị cũng sẽ có kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 2

* Đối với kháng nghị tiêu chuẩn nếu yêu cầu của quý vị là đối với một vật dụng hay dịch vụ y tế, tổ chức xét duyệt phải trả lời kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày dương lịch** kể từ khi nhận được kháng nghị của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B, tổ chức xét duyệt phải trả lời kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** kể từ khi nhận được kháng nghị của quý vị.
* Tuy nhiên, nếu yêu cầu của quý vị là đối với một mặt hàng y tế hoặc dịch vụ và tổ chức xét duyệt độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể mang lại lợi ích cho quý vị, **có thể cần thêm tới 14 ngày dương lịch**. Tổ chức xét duyệt độc lập không thể dùng thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị dành cho một loại thuốc theo toa Medicare Phần B.

Bước 2: Tổ chức xét duyệt độc lập cung cấp cho quý vị câu trả lời của họ.

Tổ chức xét duyệt độc lập sẽ thông báo quyết định của mình bằng văn bản và giải thích lý do cho quyết định đó.

* **Nếu tổ chức xét duyệt độc lập nói có với một phần hoặc tất cả yêu cầu đối với một mặt hàng hoặc dịch vụ y tế**, chúng tôi phải cho phép bảo hiểm chăm sóc y tế **trong vòng 72 giờ** hoặc cung cấp dịch vụ trong vòng **14 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức đánh giá độc lập đối với các **yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc cung cấp dịch vụ **trong vòng 72 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức xem xét độc lập **đối với các yêu cầu khẩn**.
* **Nếu tổ chức xét duyệt độc lập nói có với một phần hoặc tất cả yêu cầu đối với thuốc theo toa Medicare Phần B**, chúng tôi phải ủy quyền hoặc cung cấp thuốc theo toa Medicare Phần B **trong vòng 72** giờ sau khi chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức xem xét độc lập đối với các **yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc **trong vòng 24 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức xem xét độc lập đối với các **yêu cầu khẩn**.
* **Nếu tổ chức này nói không đối với một phần hay toàn bộ kháng nghị của quý vị**, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với Chương trình của chúng tôi rằng yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu) cho bảo hiểm chăm sóc y tế không nên được chấp thuận. (Điều này được gọi là **giữ nguyên quyết định** hoặc **từ chối kháng nghị của quý vị**.). Trong trường hợp này, tổ chức xét duyệt độc lập sẽ gửi cho quý vị một lá thư:
  + Giải thích về quyết định của mình.
  + Thông báo cho quý vị về quyền kháng nghị Cấp 3 nếu số tiền của bảo hiểm chăm sóc y tế đáp ứng mức tối thiểu nhất định. Văn bản thông báo mà quý vị nhận được từ tổ chức xem xét độc lập sẽ cho quý vị biết số tiền mà quý vị phải trả để tiếp tục quy trình kháng nghị.
  + Cho quý vị biết cách nộp kháng nghị Cấp 3.
* Nếu kháng nghị Cấp 2 của quý vị đã bị từ chối và quý vị đáp ứng các yêu cầu để tiếp tục tiến hành quy trình kháng nghị, quý vị phải quyết định xem liệu quý vị có muốn tiếp tục tham gia Cấp 3 hay không và thực hiện kháng nghị thứ ba. Chi tiết về cách thực hiện việc này có trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau khi quý vị kháng nghị Cấp 2.
  + Kháng nghị Cấp 3 do Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư trọng tài xử lý. **Phần 10** trong Chương này giải thích về quy trình kháng nghị cho Cấp 3, 4 và 5.

Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hay vật dụng mà Medicaid thường đài thọ:

Bước 1: Quý vị có thể yêu cầu Điều Trần Công Bằng với tiểu bang.

* Cấp 2 của quy trình kháng nghị đối với các dịch vụ thường được Medicaid đài thọ là Một 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 dương lịch** kể từ ngày chúng tôi đã gửi thư quyết định về kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Lá thư mà quý vị nhận được từ chúng tôi sẽ cho quý vị biết nơi gửi yêu cầu điều trần của quý vị.

*[Plans or states should describe the process for Medicaid Level 2 appeals, in which members must submit the Level 2 appeal themselves.]*

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 thông báo quyết định của mình bằng văn bản và giải thích lý do cho quyết định đó.

* **Nếu văn phòng Điều trần Công bằng nói có với một phần hoặc tất cả yêu cầu đối với vật dụng hoặc dịch vụ y tế**, chúng tôi phải ủy quyền hoặc cung cấp dịch vụ trong vòng 72 giờsau khi chúng tôi nhận được quyết định của Văn phòng Điều trần Công bằng**.**
* **Nếu văn phòng Điều trần Công bằng nói không với một phần hay toàn bộ kháng nghị của quý vị**, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với Chương trình của chúng tôi rằng yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu) cho bảo hiểm chăm sóc y tế không nên được chấp thuận. (Điều này được gọi là **giữ nguyên quyết định** hoặc **từ chối kháng nghị của quý vị**.).

Nếu quyết định là từ chối đối với tất cả hoặc một phần của nội dung tôi yêu cầu, tôi có thể kháng nghị thêm không?

Nếu quyết định của tổ chức xét duyệt độc lập hoặc văn phòng Điều Trần Công Bằng là nói không đối với tất cả hoặc một phần nội dung quý vị yêu cầu, quý vị có **quyền kháng nghị bổ sung**.

Lá 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 của quý vị sau Cấp 2.

#### Phần 6.5 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị đề nghị chúng tôi trả cho quý vị [*insert if plan has cost sharing:* phần của chúng tôi đối với] hóa đơn mà quý vị nhận được cho dịch vụ chăm sóc y tế?

[*Plans insert if the state DOES NOT allow members to be directly reimbursed for Medicaid benefits:* **Chúng tôi không thể hoàn tiền trực tiếp cho quý vị cho một dịch vụ hoặc vật dụng của Medicaid.** Nếu quý vị nhận được một hóa đơn [*plans with cost sharing insert*: lớn hơn số tiền đồng thanh toán cho các vụ và vật dụng được] Medicaid đài thọ, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. **Quý vị không nên tự trả hóa đơn.** Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề. Nhưng nếu quý vị trả hóa đơn, quý vị có thể nhận được khoản hoàn lại từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó nếu quý vị tuân thủ các quy tắc nhận dịch vụ hoặc vật dụng.]

[*Plans insert if the state DOES allow members to be directly reimbursed for Medicaid benefits:* Nếu quý vị đã thanh toán cho một dịch vụ hoặc vật dụng Medicaid được Chương trình đài thọ, quý vị có thể yêu cầu Chương trình của chúng tôi trả lại tiền cho quý vị (việc trả lại tiền cho quý vị thường được gọi là bồi hoàn). Quý vị có quyền được Chương trình của chúng tôi trả lại tiền bất cứ khi nào quý vị đã trả [*insert if plan has cost sharing:* nhiều hơn phần chi phí của quý vị] cho các dịch vụ hoặc thuốc y tế được Chương trình của chúng tôi đài thọ. Khi quý vị gửi cho chúng tôi hóa đơn quý vị đã thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ hoặc thuốc đó có được đài thọ hay không. Nếu chúng tôi quyết định là chúng nên được đài thọ, chúng tôi sẽ trả lại tiền cho quý vị cho các dịch vụ hoặc thuốc.]

[*Plans insert if state allows members to be directly reimbursed for Medicaid benefits:* Yêu cầu bồi hoàn là yêu cầu quyết định về bảo hiểm từ chúng tôi.]

Nếu quý vị gửi cho chúng tôi thủ tục giấy tờ đề nghị bồi hoàn, tức là quý vị đang yêu cầu quyết định bảo hiểm. Để đưa ra quyết định này, chúng tôi sẽ kiểm tra để xem liệu dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị thanh toán có được đài thọ hay không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem liệu quý vị có tuân theo tất cả các quy tắc sử dụng bảo hiểm cho chăm sóc y tế hay không.

[*Plans insert if state does NOT allow members to be directly reimbursed for Medicaid benefits:* Yêu cầu được trả lại tiền cho một thứ quý vị đã thanh toán:

Nếu quý vị gửi cho chúng tôi thủ tục giấy tờ đề nghị bồi hoàn, tức là quý vị đang yêu cầu quyết định bảo hiểm. Chúng tôi không thể hoàn tiền trực tiếp cho quý vị cho một dịch vụ hoặc vật dụng của **Medicaid.** Nếu quý vị nhận được hóa đơn [*plans with cost sharing insert*: lớn hơn số tiền đồng thanh toán của quý vị] đối với các dịch vụ và vật dụng được Medicaid đài thọ, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. **Quý vị không nên tự trả hóa đơn.** Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và giải quyết vấn đề. Nhưng nếu quý vị trả hóa đơn, quý vị có thể nhận được khoản hoàn trả từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó nếu quý vị tuân thủ các quy tắc nhận dịch vụ hoặc vật dụng.]

Nếu quý vị muốn chúng tôi bồi hoàn cho quý vị đối với dịch vụ hoặc vật dụng của **Medicare** hoặc quý vị đề nghị chúng tôi thanh toán cho một nhà cung cấp dịch vụ hoặc vật dụng chăm sóc sức khỏe cho dịch vụ hoặc vật dụng Medicaid mà quý vị đã trả, quý vị sẽ yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định về bảo hiểm này. Chúng tôi sẽ kiểm tra để xem liệu dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị thanh toán có phải là một dịch vụ được đài thọ hay không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem liệu quý vị có tuân theo tất cả các quy tắc sử dụng bảo hiểm cho chăm sóc y tế hay không.

* **Nếu chúng tôi nói có với yêu cầu của quý vị:** [*Plans insert if state allows members to be directly reimbursed:* Nếu dịch vụ chăm sóc y tế được đài thọ và quý vị tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản thanh toán cho [*insert if plan has cost sharing:* phần của chúng tôi trong] chi phí trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.]
* [*Plans insert if state DOES NOT allow members to be directly reimbursed:* Nếu dịch vụ chăm sóc y tế Medicare được đài thọ, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản thanh toán cho [*insert if plan has cost sharing:* phần của chúng tôi trong] chi phí trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
  + Nếu dịch vụ chăm sóc Medicaid mà quý vị đã trả cho một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đài thọ và quý vị nghĩ rằng chúng tôi nên trả cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó, chúng tôi sẽ gửi cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị khoản thanh toán cho [*insert if plan has cost sharing:* phần của chúng tôi trong] chi phí trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
  + Sau đó quý vị sẽ cần liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để yêu cầu họ trả lại tiền cho quý vị. Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế, chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.]
* **Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế *không* được đài thọ hoặc quý vị đã *không* tuân theo tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ không gửi thanh toán. Thay vào đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư nói rằng chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế và lý do tại sao.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc từ chối, **quý vị có thể kháng nghị**. Nếu quý vị kháng nghị, điều đó có nghĩa là quý vị đề nghị chúng tôi thay đổi quyết định về bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra khi chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị.

**Để thực hiện kháng nghị này, hãy làm theo quy trình kháng nghị mà chúng tôi mô tả trong Phần 5.3.** Đối với kháng nghị liên quan đến bồi hoàn, xin lưu ý:

* Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi trong vòng 30 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị. Nếu quý vị đề nghị chúng tôi trả lại tiền cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận và thanh toán, quý vị không được phép đề nghị kháng nghị khẩn.
* Nếu tổ chức xét duyệt độc lập quyết định chúng tôi nên thanh toán, chúng tôi phải gửi cho quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ khoản thanh toán trong vòng 30 ngày dương lịch. Nếu câu trả lời cho kháng nghị của quý vị là có ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng nghị sau Cấp 2, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán mà quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 60 ngày dương lịch.

### PHẦN 7 Thuốc theo toa Phần D của quý vị: Làm thế nào để yêu cầu quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị

#### Phần 7.1 Phần này sẽ hướng dẫn quý vị phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề trong việc nhận thuốc Phần D hoặc quý vị muốn chúng tôi trả lại thuốc Phần D cho quý vị

Quyền lợi của quý vị đài thọ cho nhiều loại thuốc theo toa. Để được đài thọ, thuốc đó phải được sử dụng cho chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. (Xem Chương 5 để biết thêm thông tin về chỉ định đã được y tế chấp nhận.) 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 mọi thứ, chúng tôi thường gọi là *thuốc* trong phần còn lại của phần này, thay vì lặp lại cụm từ *các loại thuốc theo toa ngoại trú được đài thọ* hoặc *thuốc Phần D*. Chúng tôi cũng sử dụng thuật ngữ "Danh sách thuốc" thay vì *Danh sách Thuốc được Đài thọ* hoặc *Danh mục Thuốc*.

* Nếu quý vị không biết liệu một loại thuốc có được đài thọ hay không hoặc nếu quý vị đáp ứng các quy tắc, quý vị có thể hỏi chúng tôi. Một số loại thuốc yêu cầu quý vị phải có được chấp thuận từ chúng tôi trước khi chúng tôi đài thọ cho thuốc đó.
* Nếu hiệu thuốc của quý vị nói với quý vị rằng không thể mua thuốc theo chỉ định của quý vị như kê toa, nhà thuốc sẽ cung cấp cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích về cách liên lạc với chúng tôi để yêu cầu quyết định về bảo hiểm.

Các quyết định và kháng nghị về bảo hiểm Phần D

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| Quyết định bảo hiểm ban đầu về thuốc Phần D của quý vị được gọi là **quyết định bảo hiểm**. |

Quyết định bảo hiểm là quyết định mà chúng tôi đưa ra về các quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ chi trả 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 sau đây:

* Yêu cầu đài thọ một loại thuốc Phần D không nằm trong *Danh sách Thuốc được Chương trình đài thọ*. **Yêu cầu một ngoại lệ. Phần 7.2**
* Đề nghị miễn trừ giới hạn đối với bảo hiểm của Chương trình đối với một loại thuốc (chẳng hạn như giới hạn lượng thuốc quý vị có thể nhận). **Yêu cầu một ngoại lệ. Phần 7.2**
* *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions, omit this bullet.]* Yêu cầu thanh toán số tiền chia sẻ chi phí thấp hơn cho một loại thuốc được đài thọ ở bậc chia sẻ chi phí cao hơn. **Yêu cầu một ngoại lệ. Phần 7.2**
* Yêu cầu phê duyệt trước cho một loại thuốc. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 7.4**
* Thanh toán cho thuốc theo toa mà quý vị đã mua. **Đề nghị chúng tôi trả lại tiền cho quý vị. Phần 7.4**

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Phần này sẽ hướng dẫn quý vị cách yêu cầu quyết định bảo hiểm và cách yêu cầu kháng nghị.

#### Phần 7.2 Ngoại lệ là gì?

| **Thuật ngữ pháp lý** |
| --- |
| Yêu cầu bảo hiểm của một loại thuốc không có trong "Danh sách thuốc" đôi khi được gọi là yêu cầu một **ngoại lệ danh mục thuốc**.  Yêu cầu loại bỏ giới hạn về bảo hiểm cho một loại thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu một **ngoại lệ danh mục thuốc**.  Yêu cầu trả giá thấp hơn cho một loại thuốc không ưu tiên được đài thọ đôi khi được gọi là **yêu cầu ngoại lệ về bậc**. |

Nếu một loại thuốc không được đài thọ theo cách quý vị muốn được đài thọ, quý vị có thể đề nghị chúng tôi cho một **ngoại lệ**. Ngoại lệ là một loại quyết định bảo hiểm.

Để chúng tôi xem xét yêu cầu ngoại lệ của quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác sẽ cần giải thích các lý do y tế tại sao quý vị cần được chấp thuận ngoại lệ. Đây là [*insert as applicable:* two *or* three] ví dụ về ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ hoặc bác sĩ kê đơn khác có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:

1. **Đài thọ cho quý vị một loại thuốc Phần D không nằm trong "Danh sách Thuốc" của chúng tôi.** *[Plans without cost sharing delete]* Nếu chúng tôi đồng ý đài thọ cho một loại thuốc không có trong "Danh sách thuốc", quý vị sẽ cần phải trả số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho [*insert as appropriate:* tất cả thuốc của chúng tôi trong *[insert exceptions tier] OR* thuốc của chúng tôi trong *[insert exceptions tier]* cho thuốc chính hiệu hoặc *[insert exceptions tier]* cho thuốc gốc]]. Quý vị không thể yêu cầu ngoại lệ đối với số tiền chia sẻ chi phí mà chúng tôi yêu cầu quý vị phải trả cho thuốc.
2. **Loại bỏ giới hạn đối với thuốc được bảo hiểm.** Chương 5 mô tả các quy tắc hoặc giới hạn bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc nhất định trong "Danh sách thuốc" của chúng tôi. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet]* Nếu chúng tôi đồng ý đưa ra ngoại lệ và miễn trừ giới hạn cho quý vị, quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ đối với khoản đồng thanh toán hoặc số tiền đồng bảo hiểm mà chúng tôi yêu cầu quý vị phải trả cho thuốc.
3. *[Plans with no cost sharing and plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions, omit this section.]* **Thay đổi bảo hiểm thuốc sang bậc chia sẻ chi phí thấp hơn.** Mỗi loại thuốc trong "Danh sách Thuốc" của chúng tôi đều thuộc một trong *[insert number of tiers]* bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, số bậc chia sẻ chi phí càng thấp, quý vị sẽ càng phải trả ít hơn khi chia sẻ chi phí thuốc.

* Nếu "Danh Sách Thuốc" của chúng tôi có (các) thuốc thay thế để điều trị bệnh trạng của quý vị thuộc một bậc chia sẻ chi phí thấp hơn thuốc của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ thuốc của quý vị với số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho (các) thuốc thay thế.
* *[Plans that have a formulary structure where all of the biological products are on one tier or that do not limit their tiering exceptions in this way: omit this bullet]* Nếu loại thuốc quý vị dùng là sản phẩm sinh học, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thuốc của quý vị với số tiền chia sẻ chi phí thấp hơn. Đây sẽ là bậc thấp nhất có sản phẩm tương tự sinh học để điều trị bệnh trạng của quý vị.
* *[Plans that do not limit their tiering exceptions in this way; omit this bullet]* Nếu loại thuốc quý vị dùng là thuốc chính hiệu, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thuốc của quý vị với số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho bậc thấp nhất có chứa sản phẩm thay thế cho thuốc chính hiệu để điều trị bệnh trạng của quý vị.
* *[Plans that do not limit their tiering exceptions in this way; omit this bullet]* Nếu loại thuốc quý vị dùng là thuốc gốc, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thuốc của quý vị với số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho bậc thấp nhất có chứa sản phẩm thay thế là thuốc chính hiệu hoặc thuốc gốc để điều trị bệnh trạng của quý vị.
* [*If the plan designated one of its tiers as a specialty tier and is exempting that tier from the exceptions process, include the following language:* Quý vị không thể yêu cầu chúng tôi thay đổi bậc chia sẻ chi phí cho bất kỳ loại thuốc nào trong *[insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier]*.]
* Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu ngoại lệ về bậc của quý vị và có nhiều bậc chia sẻ chi phí thấp hơn với các thuốc thay thế mà quý vị không thể sử dụng, quý vị thường sẽ phải trả số tiền thấp nhất.

#### Phần 7.3 Những điều quan trọng cần biết về việc đề nghị 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 đơn khác phải cung cấp cho chúng tôi một thông báo giải thích lý do y tế để yêu cầu ngoại lệ. Để có quyết định nhanh hơn, hãy gửi kèm thông tin y tế này từ bác sĩ hoặc người kê đơn khác của quý vị khi quý vị yêu cầu 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 sẽ chỉ có hiệu quả như loại thuốc quý vị đang yêu cầu và sẽ không gây ra thêm các tác dụng phụ hoặc các vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường**không**chấp thuận yêu cầu của quý vị cho một ngoại lệ. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions omit the next sentence.]* Nếu quý vị đề nghị chúng tôi áp dụng ngoại lệ về bậc, thông thường chúng tôi sẽ **không** chấp thuận yêu cầu ngoại lệ của quý vị trừ khi tất cả các thuốc thay thế trong (các) bậc chia sẻ chi phí thấp hơn sẽ không có tác dụng tốt như vậy cho quý vị hoặc có khả năng gây ra phản ứng bất lợi hoặc các tổn hại khác.

Chúng tôi có thể nói có hoặc không với yêu cầu của quý vị

* Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu ngoại lệ của quý vị, việc chấp thuận của chúng tôi thường có hiệu lực đến cuối năm Chương trình. Điều này vẫn đúng miễn là bác sĩ của quý vị tiếp tục kê toa loại thuốc đó cho quý vị và nó vẫn an toàn và hiệu quả trong việc chữa trị bệnh lý của quý vị.
* Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị, quý vị có thể yêu cầu xem xét lại bằng cách kháng nghị.

#### Phần 7.4 Từng bước: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm cả ngoại lệ

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| Quyết định bảo hiểm nhanh được gọi là **quyết định bảo hiểm khẩn**. |

Bước 1: Quyết định xem quý vị có cần quyết định về bảo hiểm tiêu chuẩn hay quyết định về bảo hiểm khẩn hay không.

Các quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn được đưa ra trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được thông báo của bác sĩ của quý vị. Các quyết định bảo hiểm khẩn được đưa ra trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được thông báo của bác sĩ của quý vị.

Nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định về bảo hiểm khẩn cho quý vị. Để được quyết định bảo hiểm khẩn, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

* Quý vị phải đang yêu cầu loại *thuốc mà quý vị chưa nhận được*. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định bảo hiểm khẩn để được trả lại tiền cho loại thuốc mà quý vị đã mua.)
* Sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể *gây tổn hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc làm tổn thương chức năng hoạt động của quý vị*.
* **Nếu bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị đòi hỏi bảo hiểm khẩn, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định về bảo hiểm khẩn.**
* **Nếu quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm khẩn mà không có bác sĩ hoặc bác sĩ kê đơn hỗ trợ, chúng tôi sẽ quyết định xem sức khỏe của quý vị có yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm khẩn không.** Nếu chúng tôi không phê duyệt quyết định bảo hiểm khẩn, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư rằng:
* Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng hạn chót tiêu chuẩn.
* Giải thích nếu bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác yêu cầu quyết định bảo hiểm khẩn, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định về bảo hiểm khẩn.
* Cho quý vị biết cách quý vị có thể gửi khiếu nại khẩn về quyết định của chúng tôi về việc đưa ra quyết định về bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định bảo hiểm khẩn mà quý vị 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 bảo hiểm tiêu chuẩn hoặc quyết định bảo hiểm khẩn.

Bắt đầu bằng cách gọi, viết hoặc gửi fax Chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị cũng có thể truy cập quy trình ra quyết định bảo hiểm thông qua trang web của chúng tôi. Chúng tôi phải chấp nhận bất kỳ yêu cầu bằng văn bản nào, bao gồm yêu cầu được gửi trên *Biểu mẫu Yêu cầu Xác định Bảo hiểm CMS*, [*insert if applicable:* hoặc trên mẫu Chương trình của chúng tôi]], vốn [*insert if applicable:* có *OR* có] trên trang web của chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ. *[Plans that allow members to submit coverage determination requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]* Để hỗ trợ chúng tôi trong việc xử lý yêu cầu của quý vị, vui lòng nhớ ghi tên, thông tin liên hệ và thông tin xác định yêu cầu thanh toán bị từ chối đang được kháng nghị.

Quý vị, bác sĩ của quý vị, (hoặc bác sĩ kê đơn khác) hoặc người đại diện của quý vị có thể làm điều này. Quý vị cũng có thể có luật sư làm người đại diện cho quý vị. Phần 4 của Chương này nói về cách quý vị có thể cho phép bằng văn bản cho người khác hành động với tư cách là người đại diện của quý vị.

* **Nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ, hãy cung cấp tuyên bố hỗ trợ**, đó là lý do y tế cho ngoại lệ. Bác sĩ hoặc người kê đơn khác của quý vị có thể gửi tuyên bố này qua fax hoặc qua đường bưu điện cho chúng tôi. Hoặc bác sĩ hoặc người kê đơn khác của quý vị có thể cho chúng tôi biết qua điện thoại và sau đó gửi fax hoặc gửi qua đường bưu điện tuyên bố bằng văn bản nếu cần thiết.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị và cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

Hạn chót để quyết định bảo hiểm khẩn

* Chúng tôi thường phải trả lời cho quý vị **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
  + Đối với các trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố hỗ trợ của bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm vậy.
  + Nếu chúng tôi không đáp ứng hạn cuối cùng này, chúng tôi bắt buộc phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị, trong đó nó sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ hỗ trợ yêu cầu của quý vị.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một phần hoặc toàn bộ nội dung quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng nghị.

Hạn chót cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về loại thuốc quý vị chưa nhận

* Chúng tôi phải trả lời cho quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
  + Đối với các trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố hỗ trợ của bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm vậy.
  + Nếu chúng tôi không đáp ứng hạn cuối cùng này, chúng tôi bắt buộc phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị, trong đó nó sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm** mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ hỗ trợ yêu cầu của quý vị.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một** **phần hoặc toàn bộ nội dung quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng nghị.

Hạn chót cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về việc thanh toán cho loại thuốc quý vị đã mua

* Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khichúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
  + Nếu chúng tôi không đáp ứng hạn cuối cùng này, chúng tôi bắt buộc phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị, trong đó nó sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi cũng được yêu cầu phải thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một** **phần hoặc toàn bộ nội dung quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng nghị.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bảo hiểm của quý vị, quý vị có thể kháng nghị.

* Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền đề nghị chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách kháng nghị. Điều này có nghĩa là yêu cầu một lần nữa để có được bảo hiểm thuốc mà quý vị muốn. Nếu quý vị kháng nghị, điều đó có nghĩa là quý vị đang tiếp tục tham gia Cấp 1 của quy trình kháng nghị.

#### Phần 7.5 Từng bước: Làm thế nào để thực hiện kháng nghị Cấp 1

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| Một kháng nghị đối với Chương trình về quyết định bảo hiểm thuốc Phần D được gọi là **quyết định lại** của Chương trình.  Kháng nghị khẩn cònđược gọi là **quyết định lại khẩn**. |

Bước 1: Quyết định xem quý vị có cần kháng nghị tiêu chuẩn hay kháng nghị khẩn không.

Một kháng nghị tiêu chuẩn thường được thực hiện trong vòng 7 ngày. Một kháng nghị khẩn thường được thực hiện trong vòng 72 giờ. Nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy đề nghị kháng nghị khẩn.

* Nếu quý vị kháng nghị quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và bác sĩ hoặc bác sĩ kê đơn khác sẽ cần quyết định xem liệu quý vị có cần kháng nghị khẩn không.
* Các yêu cầu để được kháng nghị khẩn cũng giống như những yêu cầu để nhận được quyết định về bảo hiểm khẩn trong Phần 6.4 của Chương này.

Bước 2: Quý vị, người đại diện, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác phải liên hệ với chúng tôi và thực hiện kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi phản hồi nhanh, quý vị phải đề nghị kháng nghị khẩn.

* **Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, hãy nộp một yêu cầu bằng văn bản.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* hoặc gọi cho chúng tôi.] Chương 2 có thông tin liên lạc.
* **Đối với kháng nghị khẩn, quý vị có thể nộp kháng nghị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi theo số** *(insert phone number)*. Chương 2 có thông tin liên hệ.
* **Chúng tôi phải chấp nhận bất kỳ yêu cầu bằng văn bản nào**,bao gồm yêu cầu được gửi trên Biểu mẫu Yêu cầu Xác định Bảo hiểm CMS, có sẵn trên trang web của chúng tôi. Vui lòng ghi tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến yêu cầu thanh toán của quý vị để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị.
* *[Plans that allow members to submit appeal requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*
* **Quý vị phải thực hiện yêu cầu kháng nghị trong vòng 60 ngày dương lịch** kể từ ngày ghi trên văn bản thông báo mà chúng tôi đã gửi để cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm. Nếu quý vị để lỡ hạn chót này và có lý do chính đáng để lỡ hạn chót này, hãy giải thích lý do kháng nghị của quý vị bị trễ khi quý vị kháng nghị. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng nghị. Các ví dụ về nguyên nhân chính có thể bao gồm một căn bệnh nghiêm trọng ngăn cản quý vị liên hệ với chúng tôi hoặc nếu chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về hạn chót để yêu cầu kháng nghị.
* **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin trong kháng nghị của quý vị và thêm thông tin khác.** Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể thêm thông tin để hỗ trợ cho kháng nghị của quý vị.

Bước 3: Chúng tôi xem xét kháng nghị của quý vị và chúng tôi cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

* Khi chúng tôi xem xét kháng nghị của quý vị, chúng tôi xem xét cẩn thận tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị. Chúng tôi kiểm tra để xem liệu chúng tôi có làm theo tất cả các quy định khi chúng tôi nói không với yêu cầu của quý vị hay không. Chúng tôi có thể liên lạc quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác để lấy thêm thông tin.

Hạn chót cho kháng nghị khẩn

* Đối với kháng nghị khẩn, chúng tôi phải trả lời cho quý vị **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị**. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm vậy.
  + Nếu chúng tôi không trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi bắt buộc phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị, trong đó nó sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét. **Phần 7.6** giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một phần hoặc toàn bộ nội dung quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không và cách quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Hạn chót cho kháng nghị tiêu chuẩn cho một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

* Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 7 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị quyết định của chúng tôi sớm hơn nếu quý vị chưa nhận thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi chúng tôi làm như vậy.
  + Nếu chúng tôi không gửi cho quý vị quyết định trong vòng 7 ngày dương lịch, chúng tôi bắt buộc phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị, nơi nó sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét. **Phần 7.6** giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm khẩn nhất mà sức khỏe của quý vị đòi hỏi,nhưng không quá **7 ngày dương lịch sau khi** chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một phần hoặc toàn bộ nội dung quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không và cách quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

***Hạn chót cho kháng nghị tiêu chuẩn về việc thanh toán cho loại thuốc mà quý vị đã mua***

* Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khichúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
  + Nếu chúng tôi không đáp ứng hạn cuối cùng này, chúng tôi bắt buộc phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị, trong đó nó sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là có đối với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi cũng được yêu cầu phải thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
* **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đối với một** **phần hoặc toàn bộ nội dung quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích lý do tại sao chúng tôi nói không. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng nghị.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ quyết định xem liệu quý vị có muốn tiếp tục tiến hành quy trình kháng nghị hay không và thực hiện một kháng nghị khác.

* Nếu quý vị quyết định thực hiện một kháng nghị khác, điều đó có nghĩa là kháng nghị của quý vị sẽ được đưa vào Cấp 2 của quy trình kháng nghị.

#### Phần 7.6 Từng bước: Làm thế nào để thực hiện kháng nghị Cấp 2

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| Tên chính thức của tổ chức xét duyệt độc lập là **Thực thể Xét duyệt Độc lập**. Đôi khi nó được gọi là **IRE**. |

**Tổ chức xét duyệt độc lập là một tổ chức độc lập do Medicare thuê.** Nó không kết nối với chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định xem quyết định của chúng tôi có chính xác hay không hoặc liệu có nên thay đổi hay không. Medicare giám sát công việc của tổ chức đó.

Bước 1: Quý vị (hoặc người đại diện của quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác) phải liên hệ với tổ chức xét duyệt độc lập và yêu cầu xem xét trường hợp của quý vị.

* Nếu chúng tôi từ chối kháng nghị Cấp 1 của quý vị, văn bản thông báo mà chúng tôi gửi cho quý vị sẽ bao gồm **hướng dẫn về cách kháng nghị Cấp 2** với tổ chức xét duyệt độc lập. Những hướng dẫn này sẽ cho biết ai có thể thực hiện kháng nghị Cấp 2 này, hạn chót quý vị phải làm theo và cách tiếp cận tổ chức xét duyệt. Tuy nhiên, nếu chúng tôi đã không hoàn thành việc xem xét trong khung thời gian áp dụng hoặc đưa ra quyết định không thuận lợi về việc xác định **rủi ro** trong Chương trình kiểm soát thuốc của chúng tôi, chúng tôi sẽ tự động chuyển tiếp yêu cầu thanh toán của quý vị đến IRE.
* Chúng tôi sẽ gửi thông tin về 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 gửi cho một bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị**. [*If a fee is charged, insert:* 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 xem xét độc lập thông tin bổ sung để hỗ trợ kháng nghị của quý vị.

Bước 2: Tổ chức xét duyệt độc lập sẽ xem xét kháng nghị của quý vị.

Những người đánh giá tại tổ chức xét duyệt độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Hạn chót để kháng nghị khẩn

* Nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu tổ chức xét duyệt độc lập cho kháng nghị khẩn.
* Nếu tổ chức đồng ý cho quý vị kháng nghị khẩn, tổ chức phải trả lời kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi họ nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị.

Hạn chót cho kháng nghị tiêu chuẩn

* Đối với những kháng nghị tiêu chuẩn, tổ chức xét duyệt phải trả lời kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** sau khi họ nhận được kháng nghị của quý vị nếu nó là thuốc mà quý vị chưa nhận được. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại cho thuốc quý vị đã mua, tổ chức xét duyệt phải trả lời kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng** **14 ngày**dương lịch sau khi nó nhận được yêu cầu của quý vị.

Bước 3: Tổ chức xét duyệt độc lập cung cấp cho quý vị câu trả lời của họ.

***Đối với kháng nghị khẩn:***

* **Nếu tổ chức xét duyệt độc lập nói có với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc đã được tổ chức đánh giá phê duyệt **trong vòng** **24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức xem xét.

***Đối với kháng nghị tiêu chuẩn:***

* **Nếu tổ chức xét duyệt độc lập nói có với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu bảo hiểm của quý vị**, chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được tổ chức đánh giá phê duyệt **trong vòng** **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức xem xét.
* **Nếu tổ chức xét duyệt độc lập nói có với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị để trả lại tiền cho loại thuốc mà quý vị đã mua**,chúng tôi bắt buộc phải **gửi thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức xét duyệt.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức xét duyệt từ chối kháng nghị của quý vị?

**Nếu tổ chức này nói không đối với một phần hay toàn bộ kháng nghị của quý vị**, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi không chấp thuận yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) của quý vị. (Điều này được gọi là **giữ nguyên quyết định** hoặc **từ chối kháng nghị của quý vị**.) Trong trường hợp này, tổ chức xét duyệt độc lập sẽ gửi cho quý vị một lá thư:

* Giải thích về quyết định của mình.
* Thông báo cho quý vị quyền kháng nghị Cấp 3 nếu số tiền của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu đáp ứng mức tối thiểu nhất định. Nếu số tiền bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu là quá thấp, quý vị không thể thực hiện một kháng nghị khác và quyết định ở Cấp 2 là cuối cùng.
* Thông báo cho quý vị rằng số tiền này phải đang được tranh chấp để tiếp tục với quy trình kháng nghị.

Bước 4: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng các yêu cầu, quý vị chọn xem quý vị có muốn kháng nghị thêm hay không.

* Có ba cấp bổ sung trong quy trình kháng nghị sau Cấp 2 (trong tổng số năm cấp kháng nghị). Nếu quý vị muốn tiếp tục thực hiện kháng nghị Cấp 3, chi tiết về cách làm điều này nằm trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau khi quyết định kháng nghị Cấp 2 của quý vị.
* Kháng nghị Cấp 3 do Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư trọng tài xử lý. Phần 10 trong Chương này sẽ trình bày thêm về quy trình cho Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

### PHẦN 8 Cách đề nghị chúng tôi đài thọ cho thời gian nằm viện nội trú dài hơn nếu quý vị nghĩ rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm

Khi quý vị nhập viện, quý vị có quyền nhận được tất cả các dịch vụ bệnh viện được đài thọ của quý vị mà là cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc chấn thương của quý vị.

Trong thời gian nằm viện được đài thọ của quý vị, bác sĩ và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị sẽ rời bệnh viện. Họ sẽ giúp bố trí dịch vụ chăm sóc mà quý vị có thể cần sau khi quý vị rời đi.

* Ngày quý vị rời bệnh viện được gọi là ngày**xuất viện**.
* Khi quyết định ngày xuất viện của quý vị, bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện sẽ thông báo cho quý vị.
* Nếu quý vị cho rằng quý vị bị yêu cầu rời bệnh viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu thời gian nằm viện lâu hơn và yêu cầu của quý vị sẽ được xem xét.

#### Phần 8.1 Trong thời gian nằm viện nội trú của quý vị, quý vị sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản từ Medicare về quyền của quý vị

Trong vòng hai ngày kể từ khi nhập viện, quý vị sẽ được gửi một thông báo bằng văn bản có tên là *Một thông báo quan trọng từ Medicare về Quyền của Quý vị.* Tất cả mọi người có Medicare đều nhận được một bản sao của thông báo này.

Nếu quý vị không nhận được thông báo từ một người nào đó tại bệnh viện (ví dụ: nhân viên chăm sóc hoặc y tá), hãy hỏi bất kỳ nhân viên nào về điều đó. Nếu quý vị cần trợ giúp, hãy gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần (TTY 1-877-486-2048).

**1. Đọc thông báo này cẩn thận và đặt câu hỏi nếu quý vị không hiểu.** Cho quý vị biết:

* Quyền nhận các dịch vụ được Medicare đài thọ trong và sau thời gian nằm viện, theo chỉ định của bác sĩ. Điều này bao gồm quyền biết những dịch vụ này là gì, người sẽ trả tiền cho chúng, và quý vị có thể nhận được chúng ở đâu.
* Quyền 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 quý vị có về chất lượng chăm sóc bệnh viện của quý vị.
* Quyền **yêu cầu xem xét ngay lập tức** quyết định xuất viện của quý vị nếu quý vị nghĩ rằng quý vị sẽ được xuất viện quá sớm. Đây là một cách chính thức và hợp pháp để yêu cầu trì hoãn xuất viện của quý vị, để chúng tôi bảo hiểm cho việc chăm sóc cho quý vị trong thời gian dài hơn.

**2. Quý vị sẽ cần phải ký tên vào văn bản thông báo để cho thấy rằng quý vị đã nhận được nó và hiểu được quyền của mình.**

* Quý vị hoặc một người đại diện cho quý vị sẽ được yêu cầu ký tên vào thông báo.
* Việc ký thông báo *chỉ* cho thấy quý vị đã nhận được thông tin về quyền của quý vị. Thông báo không cho biết ngày xuất viện của quý vị. Việc ký tên vào thông báo ***không* có nghĩa** là quý vị đồng ý về ngày xuất viện.

**3. Giữ bản sao** thông báo của quý vị ở nơi thuận tiện để quý vị có thông tin về việc kháng nghị (hoặc báo cáo quan ngại về chất lượng chăm sóc) nếu quý vị cần.

* Nếu quý vị ký tên vào thông báo hơn hai ngày trước ngày xuất viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi được xếp lịch xuất viện.
* Để xem bản sao thông báo này trước, quý vị có thể gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên 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 cũng có thể xem thông báo trực tuyến tại [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.html)

#### Phần 8.2 Từng bước: Làm thế nào để kháng nghị Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Nếu quý vị muốn yêu cầu dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị được chúng tôi đài thọ lâu hơn, quý vị sẽ cần phải sử dụng quy trình kháng nghị để đưa ra yêu cầu này. Trước khi bắt đầu, hãy hiểu quý vị cần làm gì và hạn chót là gì.

* **Thực hiện theo quy trình.**
* **Đáp ứng các thời hạn.**
* **Đề nghị giúp đỡ nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần giúp đỡ vào bất kỳ lúc nào, hãy gọi dịch vụ thành viên. Hoặc gọi đến Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Của Tiểu Bang của quý vị, đây là tổ chức chính phủ cung cấp hỗ trợ cá nhân.

**Trong kháng nghị Cấp 1, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét kháng nghị của quý vị.** Kiểm tra xem liệu ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị có phù hợp với y tế hay không.

**Tổ chức Cải thiện Chất lượng** là một nhóm bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác do chính phủ Liên bang chi trả để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Điều này bao gồm việc xem xét ngày xuất viện cho những người có Medicare. Các chuyên gia này không phải là thành viên trong Chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Liên lạc với Tổ chức Cải thiện Chất lượng cho tiểu bang của quý vị và yêu cầu xem xét ngay lập tức việc xuất viện của quý vị. Quý vị phải nhanh chóng hành động.

Làm thế nào quý vị có thể liên hệ với tổ chức này?

* Văn bản thông báo mà quý vị nhận được *(Thông báo quan trọng từ Medicare Về Quyền của quý vị)* cho quý vị biết cách liên lạc với tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải thiện Chất lượng cho tiểu bang của quý vị trong Chương 2.

Hành động nhanh chóng:

* Để kháng nghị, quý vị phải liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng *trước* khi rời bệnh viện và **không quá nửa** **đêm vào ngày xuất viện**.
  + **Nếu quý vị đáp ứng hạn chót này**, quý vị có thể ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện mà **không phải trả tiền** trong khi quý vị chờ để nhận được quyết định của Tổ chức Cải thiện Chất lượng.
  + **Nếu quý vị *không* đáp ứng hạn chót này** và quý vị quyết định ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch*, quý vị có thể phải* *trả tất cả các chi phí* chăm sóc bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện dự kiến.
* Nếu quý vị bỏ lỡ hạn chót để liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và quý vị vẫn muốn kháng nghị, quý vị phải trực tiếp kháng nghị lên Chương trình của chúng tôi. Để biết chi tiết về cách khác để làm cho kháng nghị của quý vị, hãy xem Phần 8.4 của Chương này.

Sau khi quý vị yêu cầu xem xét ngay lập tức việc xuất viện, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ liên hệ với chúng tôi. Đến trưa cùng ngày sau khi liên lạc với chúng tôi, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị **Thông Báo Chi Tiết Về Xuất Viện.** Thông báo này cung cấp cho quý vị ngày xuất viện theo kế hoạch và giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ, bệnh viện, và chúng tôi nghĩ rằng việc quý vị xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

Quý vị có thể lấy mẫu **Thông Báo Chi tiết về Xuất Viện** bằng cách gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. (Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.) Hoặc quý vị có thể thấy thông báo mẫu trực tuyến tại [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html)

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ tiến hành xem xét độc lập trường hợp của quý vị.

* Các chuyên gia sức khỏe tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng (những người đánh giá) sẽ hỏi quý vị (hoặc người đại diện của quý vị) tại sao quý vị tin rằng bảo hiểm 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 quý vị muốn.
* Những người đánh giá cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị, và xem xét thông tin mà bệnh viện và chúng tôi đã cung cấp cho họ.
* Đến trưa cùng ngày sau khi những người đánh giá cho chúng tôi biết về kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản từ chúng tôi cho biết ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị. Thông báo này cũng giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ, bệnh viện, và chúng tôi nghĩ rằng việc xuất viện vào ngày đó là đúng (về mặt y tế) cho quý vị.

Bước 3: Trong vòng một ngày sau khi có tất cả thông tin cần thiết, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời của nó cho kháng nghị của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra nếu câu trả lời là có?

* Nếu tổ chức đánh giá nói có, **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú được đài thọ của quý vị miễn là những dịch vụ này là cần thiết về mặt y tế**.
* Quý vị sẽ phải tiếp tục trả phần chi phí của quý vị (chẳng hạn như khoản khấu trừ hoặc tiền đồng thanh toán, nếu được áp dụng). Ngoài ra, có thể có giới hạn đối với các dịch vụ bệnh viện được đài thọ của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra nếu câu trả lời là không?

* Nếu tổ chức đánh giá nói không, họ cho rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Nếu điều này xảy ra**, bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị sẽ kết thúc** vào buổi trưa vào buổi trưa sau khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng trả lời kháng nghị của quý vị.
* Nếu tổ chức xem xét nói không với 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** chăm sóc bệnh viện mà quý vị nhận được sau buổi trưa vào ngày sau khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng trả lời kháng nghị của quý vị.

Bước 4: Nếu không có câu trả lời cho kháng nghị Cấp 1 của quý vị, quý vị sẽ quyết định liệu quý vị có muốn kháng nghị thêm hay không.

* Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng đã từ *chối* kháng nghị của quý vị, *và* quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch, thì quý vị có thể thực hiện một kháng nghị khác. Thực hiện một kháng nghị khác có nghĩa là quý vị sẽ tiếp tục đến **Cấp 2** của quy trình kháng nghị.

#### Phần 8.3 Từng bước: Làm thế nào để kháng nghị Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Trong kháng nghị Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem xét quyết định của họ về kháng nghị đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng từ chối kháng nghị Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí lưu trú sau ngày xuất viện đã lên kế hoạch.

Bước 1: Liên hệ lại với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và yêu cầu xem xét lại.

* Quý vị phải yêu cầu xem xét lại điều này **trong vòng 60 ngày dương lịch** sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng nói không với kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu xem xét điều này nếu quý vị ở lại bệnh viện sau ngày bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đã kết thúc.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét lại tình hình của quý vị lần thứ hai.

* Những người đánh giá tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét cẩn thận khác về tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày dương lịch kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị cho kháng nghị Cấp 2, những người xét duyệt sẽ quyết định về kháng nghị của quý vị và thông báo cho quý vị quyết định của họ.

Nếu tổ chức xét duyệt nói có:

* **Chúng tôi phải bồi hoàn cho quý vị** phần chi phí chăm sóc bệnh viện mà quý vị nhận được vào buổi trưa sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng đã từ chối kháng nghị đầu tiên của quý vị. **Chúng tôi phải tiếp tục cung** **cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm** **sóc tại bệnh viện nội trú của quý vị miễn là cần thiết về mặt y tế**.
* Quý vị phải tiếp tục chi trả phần chi phí và giới hạn bảo hiểm có thể được áp dụng.

Nếu tổ chức xét duyệt nói không:

* Điều này có nghĩa là họ đồng ý với quyết định mà họ đưa ra trong kháng nghị Cấp 1 của quý vị.
* Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết bằng văn bản rằng quý vị có thể làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình xem xét.

Bước 4: Nếu không có câu trả lời, quý vị sẽ cần quyết định xem liệu quý vị có muốn kháng nghị thêm bằng cách tiếp tục tham gia Cấp 3 hay không.

* Có ba cấp bổ sung trong quy trình kháng nghị sau Cấp 2 (trong tổng số năm cấp kháng nghị). Nếu quý vị muốn kháng nghị Cấp 3, chi tiết về cách làm điều này nằm trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau khi quyết định kháng nghị Cấp 2 của quý vị.
* Kháng nghị Cấp 3 do Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư trọng tài xử lý. **Phần 10** trong Chương này sẽ trình bày thêm về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

#### Phần 8.4 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị bỏ lỡ hạn chót để thực hiện kháng nghị Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện?

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| Xem xét nhanh (hoặc kháng nghị nhanh) còn được gọi là **kháng nghị khẩn**. |

Thay vào đó quý vị có thể kháng nghị với chúng tôi

Như đã giải thích ở trên, quý vị phải hành động nhanh chóng để bắt đầu kháng nghị Cấp 1 về ngày xuất viện của mình. Nếu quý vị bỏ lỡ hạn chót để liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng, có một cách khác để kháng nghị của quý vị.

Nếu quý vị sử dụng cách khác này để thực hiện kháng nghị của mình, **thì hai mức kháng nghị đầu tiên là khác nhau**.

Từng bước: Làm thế nào để thực hiện kháng nghị thay thế Cấp 1

Bước 1: Liên hệ với chúng tôi và yêu cầu xem xét nhanh.

* **Yêu cầu xem xét nhanh.** Điều này có nghĩa là quý vị đề nghị chúng tôi trả lời quý vị bằng cách sử dụng hạn chót nhanh hơn hạn chót thông thường. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 2: Chúng tôi xem xét nhanh ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị, kiểm tra để xem liệu điều đó có phù hợp về mặt y tế hay không.

* Trong quá trình xem xét này, chúng tôi xem xét tất cả các thông tin về thời gian nằm viện của quý vị. Chúng tôi kiểm tra để biết ngày xuất viện dự kiến của quý vị có phù hợp về mặt y tế không. Chúng tôi xem liệu quyết định về thời điểm quý vị nên rời bệnh viện có công bằng và tuân theo tất cả các quy tắc không.

Bước 3: Chúng tôi đưa ra quyết định của chúng tôi trong vòng 72 giờ sau khi quý vị đề nghị xem xét nhanh.

* **Nếu chúng tôi đồng ý với** **kháng nghị của quý vị**, điều đó có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý với quý vị rằng quý vị vẫn cần phải nhập viện sau ngày xuất viện. Chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú được đài thọ của quý vị chừng nào chúng là cần thiết về mặt y tế. Điều này cũng có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý bồi hoàn cho quý vị khoản chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị đã kết thúc. (Quý vị phải trả phần chi phí và có thể có giới hạn bảo hiểm áp dụng.)
* **Nếu chúng tôi từ chối kháng nghị của quý vị**,chúng tôi cho rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ nội trú của quý vị kết thúc vào ngày chúng tôi nói rằng bảo hiểm sẽ chấm dứt.
  + Nếu quý vị ở lại bệnh viện *sau* ngày xuất viện theo kế hoạch, thì **quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí** chăm sóc bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện đã lên kế hoạch.

Bước 4: Nếu chúng tôi *từ chối* kháng nghị của quý vị, trường hợp của quý vị sẽ tự động được gửi đến cấp tiếp theo của quy trình kháng nghị.

Từng bước: Quy Trình Kháng Nghị *Thay Thế* Cấp 2

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| Tên chính thức của tổ chức xét duyệt độc lập là **Thực thể Xét duyệt Độc lập**. Đôi khi nó được gọi là **IRE**. |

**Tổ chức xét duyệt độc lập là một tổ chức độc lập do Medicare thuê.** Tổ chức này không liên kết với Chương trình của chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định xem quyết định của chúng tôi có chính xác hay không hoặc liệu có nên thay đổi hay không. Medicare giám sát công việc của tổ chức đó.

Bước 1: Chúng tôi sẽ tự động chuyển trường hợp của quý vị tới tổ chức xét duyệt độc lập.

* Chúng tôi bắt buộc phải gửi thông tin cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị tới tổ chức xét duyệt độc lập trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi nói với quý vị rằng chúng tôi đang từ chối kháng nghị đầu tiên của quý vị. (Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi không đáp ứng được hạn chót này hoặc những hạn chót khác, quý vị có thể tiến hành khiếu nại. Phần 11 của Chương này sẽ hướng dẫn cách khiếu nại.)

Bước 2: Tổ chức xét duyệt độc lập xem xét kháng nghị của quý vị nhanh chóng. Những người đánh giá cung cấp cho quý vị một câu trả lời trong vòng 72 giờ.

* Những người đánh giá tại tổ chức xét duyệt độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị xuất viện của quý vị.
* **Nếu tổ chức này nói có với kháng nghị của quý vị**, thì chúng tôi phải trả lại cho quý vị phần chi phí chăm sóc bệnh viện mà quý vị nhận được kể từ ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị. Chúng tôi cũng phải tiếp tục bảo hiểm của Chương trình đối với các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị miễn là cần thiết về mặt y tế. Quý vị phải tiếp tục thanh toán khoản chia sẻ chi phí của quý vị. Nếu có những giới hạn về bảo hiểm, những giới hạn này có thể giới hạn số tiền chúng tôi sẽ bồi hoàn hoặc chúng tôi sẽ tiếp tục chi trả bao lâu cho các dịch vụ của quý vị.
* **Nếu tổ chức này nói không với kháng nghị của quý vị**,điều đócó nghĩa là họ đồng ý rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế.
* Văn bản thông báo quý vị nhận được từ tổ chức xem xét độc lập sẽ cho quý vị biết cách bắt đầu quy trình kháng nghị Cấp 3, do Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư trọng tài xử lý.

Bước 3: Nếu tổ chức xét duyệt độc lập từ chối kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ chọn xem liệu quý vị có muốn kháng nghị thêm hay không.

* Có ba cấp bổ sung trong quy trình kháng nghị sau Cấp 2 (trong tổng số năm cấp kháng nghị). Nếu những người xét duyệt từ chối kháng nghị Cấp 2 của quý vị, quý vị quyết định có chấp nhận quyết định của họ hay tiếp tục kháng nghị Cấp 3.
* Phần 10 trong Chương này sẽ trình bày thêm về quy trình cho Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

### PHẦN 9 Cách đề nghị chúng tôi tiếp tục đài thọ cho một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị nghĩ rằng bảo hiểm của quý vị kết thúc quá sớm

#### Phần 9.1 Phần này chỉ nói về ba dịch vụ: Chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, và các dịch vụ Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF)

Khi quý vị nhận **các dịch vụ sức khỏe tại nhà, chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, hoặc chăm sóc phục hồi chức năng (Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện)** được đài thọ, quý vị có quyền tiếp tục nhận các dịch vụ của mình cho loại chăm sóc đó miễn là dịch vụ chăm sóc là cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc chấn thương.

Khi chúng tôi quyết định rằng đã đến lúc ngừng đài thọ bất kỳ loại nào trong ba loại chăm sóc cho quý vị, chúng tôi bắt buộc phải thông báo trước cho quý vị. Khi bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó chấm dứt, **chúng tôi sẽ ngừng trả** [*insert if plan has cost sharing:***phần chi phí chăm sóc của chúng tôi**] *cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.*

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đang chấm dứt tình trạng bảo hiểm 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 trước cho quý vị khi bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| **Thông báo Không Đài thọ của Medicare.** Chương trình cho quý vị biết cách quý vị có thể yêu cầu **kháng nghị nhanh**. Yêu cầu một kháng nghị nhanh là cách thức hợp pháp và chính thức để yêu cầu thay đổi cho quyết định bảo hiểm của chúng tôi về thời điểm ngừng dịch vụ chăm sóc dành cho quý vị. |

**1. Quý vị đã nhận được thông báo bằng văn bản** ít nhất hai ngày trước khi Chương trình của chúng tôi sẽ ngừng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Thông báo cho quý vị biết:

* Ngày chúng tôi sẽ ngừng dịch vụ chăm sóc cho quý vị.
* Cách yêu cầu kháng nghị nhanh để yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ dịch vụ chăm sóc của quý vị trong một khoảng thời gian dài hơn.

**2. Quý vị, hoặc một người đại diện cho quý vị, sẽ được yêu cầu ký tên vào văn bản thông báo để cho biết rằng quý vị đã nhận được.** Việc ký thông báo *chỉ* cho thấy quý vị đã nhận được thông tin về thời điểm bảo hiểm của quý vị dừng. **Ký tên vào đây không có nghĩa là quý vị** đồng ý với quyết định ngừng chăm sóc của Chương trình.

#### Phần 9.3 Từng bước: Cách kháng nghị Cấp 1 để Chương trình của chúng tôi đài thọ cho quý vị trong thời gian dài hơn

Nếu quý vị muốn đề nghị chúng tôi đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong một thời gian dài hơn, quý vị sẽ cần phải sử dụng quy trình kháng nghị để đưa ra yêu cầu này. Trước khi bắt đầu, hãy hiểu quý vị cần làm gì và hạn chót là gì.

* **Thực hiện theo quy trình.**
* **Đáp ứng các thời hạn.**
* **Đề nghị giúp đỡ nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần giúp đỡ vào bất kỳ lúc nào, hãy gọi dịch vụ thành viên. Hoặc gọi đến Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Của Tiểu Bang của quý vị, đây là tổ chức chính phủ cung cấp hỗ trợ cá nhân.

**Trong kháng nghị Cấp 1, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét kháng nghị của quý vị.** Tổ chức này quyết định liệu ngày kết thúc chăm sóc của quý vị có phù hợp về mặt y tế không.

**Tổ chức Cải thiện Chất lượng** là một nhóm bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác do chính phủ Liên bang chi trả để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Điều này bao gồm việc xem xét các quyết định của Chương trình về thời điểm ngừng đài thọ một số loại chăm sóc y tế nhất định. Các chuyên gia này không phải là thành viên trong Chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Kháng nghị Cấp 1 của quý vị: liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và đề nghị *kháng nghị nhanh*. Quý vị phải nhanh chóng hành động.

Làm thế nào quý vị có thể liên hệ với tổ chức này?

* Văn bản thông báo mà quý vị nhận được *(Thông Báo Không Bảo Hiểm Medicare)* cho quý vị biết cách liên lạc với tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải thiện Chất lượng cho tiểu bang của quý vị trong Chương 2.

***Hành động nhanh chóng:***

* Quý vị phải liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng để bắt đầu kháng nghị của mình **chậm nhất vào trưa ngày trước ngày có hiệu lực** trên Thông Báo Không Bảo Hiểm Medicare.
* Nếu quý vị bỏ lỡ hạn chót để liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và quý vị vẫn muốn nộp đơn kháng nghị, quý vị phải trực tiếp kháng nghị với chúng tôi. Để biết chi tiết về cách khác để làm cho kháng nghị của quý vị, hãy xem Phần 9.5 của Chương này.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ tiến hành xem xét độc lập trường hợp của quý vị.

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| **Giải thích chi tiết về Không bảo hiểm.** Thông báo cung cấp chi tiết về lý do kết thúc bảo hiểm. |

Điều gì xảy ra trong quá trình xem xét này?

* Các chuyên gia sức khỏe tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng (những người đánh giá) sẽ hỏi quý vị, hoặc người đại diện của quý vị, tại sao quý vị tin rằng bảo hiểm 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 quý vị muốn.
* Tổ chức đánh giá cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị, và xem xét thông tin mà Chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
* Vào cuối ngày, những người đánh giá báo cho chúng tôi biết về kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ nhận được **Giải thích Chi tiết về Không Bảo hiểm** từ chúng tôi, điều này giải thích chi tiết lý do chúng tôi chấm dứt bảo hiểm cho dịch vụ của quý vị.

Bước 3: Trong vòng một ngày sau khi họ có tất cả các thông tin họ cần; những người đánh giá sẽ cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì sẽ xảy ra nếu những người đánh giá nói có?

* Nếu những người đánh giá nói có với kháng nghị của quý vị, thì **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ được đài thọ của quý vị chừng nào còn cần thiết về mặt y tế.**
* Quý vị sẽ phải tiếp tục trả phần chi phí của quý vị (chẳng hạn như khoản khấu trừ hoặc tiền đồng thanh toán, nếu được áp dụng). Có thể có những giới hạn đối với các dịch vụ được đài thọ của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra nếu những người đánh giá từ chối?

* Nếu những người đánh giá từ chối, thì **bảo** **hiểm của quý vị sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị.**
* Nếu quý vị quyết định tiếp tục được chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc chăm sóc cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (CORF) **sau** ngày này khi bảo hiểm của quý vị kết thúc, thì **quý vị sẽ phải tự chi trả toàn bộ chi phí** chăm sóc này.

Bước 4: Nếu không có câu trả lời cho kháng nghị Cấp 1 của quý vị, quý vị sẽ quyết định liệu quý vị có muốn kháng nghị thêm hay không.

* Nếu những người đánh giá từ chối kháng nghị Cấp 1 của quý vị – và quý vị chọn tiếp tục được chăm sóc sau khi bảo hiểm chăm sóc của quý vị đã kết thúc – thì quý vị có thể kháng nghị Cấp 2.

#### Phần 9.4 Từng bước: Cách kháng nghị Cấp 2 để Chương trình của chúng tôi đài thọ cho quý vị trong một thời gian dài hơn

Trong kháng nghị Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem xét quyết định về kháng nghị đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng từ chối kháng nghị Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc chăm sóc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc các dịch vụ Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (CORF*)* *sau*ngày chúng tôi nói rằng bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt.

Bước 1: Liên hệ lại với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và yêu cầu xem xét lại.

* Quý vị phải yêu cầu xem xét lại điều này **trong vòng 60 ngày**kể từ ngày khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng nói *không* với kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu xem xét điều này nếu quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đã kết thúc.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét lại tình hình của quý vị lần thứ hai.

* Những người đánh giá tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét cẩn thận khác về tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị, những người xét duyệt sẽ quyết định về kháng nghị của quý vị và cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức xem xét nói có?

* **Chúng tôi phải bồi hoàn cho** **quý vị** về phần chi phí chăm sóc mà quý vị nhận được kể từ ngày chúng tôi nói rằng bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt. **Chúng tôi phải tiếp tục cung** **cấp bảo hiểm** cho dịch vụ chăm sóc miễn là cần thiết về mặt y tế.
* Quý vị phải tiếp tục chi trả phần chi phí này và có thể có những giới hạn bảo hiểm áp dụng.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức xem xét nói không?

* Điều này có nghĩa là họ đồng ý với quyết định được đưa ra đối với kháng nghị Cấp 1 của quý vị.
* Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết bằng văn bản rằng quý vị có thể làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình xem xét. Họ sẽ cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về cách tiếp tục lên cấp tiếp theo của kháng nghị, được xử lý bởi Một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư trọng tài.

Bước 4: Nếu không có câu trả lời, quý vị sẽ cần quyết định xem liệu quý vị có muốn tiếp tục kháng nghị hay không.

* Có ba mức kháng nghị bổ sung sau Cấp 2, với tổng cộng năm cấp kháng nghị. Nếu quý vị muốn tiếp tục thực hiện kháng nghị Cấp 3, chi tiết về cách làm điều này nằm trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau khi quyết định kháng nghị Cấp 2 của quý vị.
* Kháng nghị Cấp 3 do Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư trọng tài xử lý. Phần 10 trong Chương này sẽ trình bày thêm về quy trình cho Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

#### Phần 9.5 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị bỏ lỡ hạn chót để thực hiện kháng nghị Cấp 1?

Thay vào đó quý vị có thể kháng nghị với chúng tôi

Như đã giải thích ở trên, quý vị phải nhanh chóng liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng để bắt đầu kháng nghị đầu tiên (nhiều nhất là trong vòng một hoặc hai ngày). Nếu quý vị để lỡ hạn chót liên hệ với tổ chức này, còn có một cách khác để quý vị kháng nghị. Nếu quý vị sử dụng cách khác này để thực hiện kháng nghị của mình, thì hai mức kháng nghị đầu tiên là khác nhau.

Từng bước: Làm thế nào để thực hiện kháng nghị thay thế Cấp 1

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| Xem xét nhanh (hoặc kháng nghị nhanh) còn được gọi là **kháng nghị khẩn**. |

Bước 1: Liên hệ với chúng tôi và yêu cầu xem xét nhanh.

* **Yêu cầu xem xét nhanh**. Điều này có nghĩa là quý vị đề nghị chúng tôi trả lời quý vị bằng cách sử dụng hạn chót nhanh hơn hạn chót thông thường. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 2: Chúng tôi xem xét nhanh quyết định mà chúng tôi đưa ra về thời điểm kết thúc bảo hiểm cho dịch vụ của quý vị.

* Trong quá trình xem xét này, chúng tôi xem xét tất cả thông tin về trường hợp của quý vị. Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có đang thực hiện theo tất cả các quy tắc không khi chúng tôi đặt ngày kết thúc bảo hiểm của Chương trình cho các dịch vụ mà quý vị nhận được.

Bước 3: Chúng tôi đưa ra quyết định của chúng tôi trong vòng 72 giờ sau khi quý vị đề nghị xem xét nhanh.

* **Nếu chúng tôi đồng ý với kháng nghị của quý vị**, điều đó có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý với quý vị rằng quý vị cần dịch vụ lâu hơn và sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ được đài thọ của quý vị miễn là cần thiết về mặt y tế. Điều này cũng có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý bồi hoàn cho quý vị khoản chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị đã kết thúc. (Quý vị phải trả phần chi phí và có thể có giới hạn bảo hiểm áp dụng.)
* **Nếu chúng tôi từ chối kháng nghị của quý vị**, thì bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị và chúng tôi sẽ không thanh toán khoản chia sẻ chi phí nào sau ngày này.
* Nếu quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc chăm sóc cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (CORF) *sau* ngày chúng tôi nói rằng bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt, thì **quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí** chăm sóc này.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối kháng nghị khẩn của quý vị, trường hợp của quý vị sẽ tự động chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình kháng nghị.

| **Thuật ngữ Pháp Lý** |
| --- |
| Tên chính thức của tổ chức xét duyệt độc lập là **Thực thể Xét duyệt Độc lập**. Đôi khi nó được gọi là **IRE**. |

Từng bước: Quy Trình Kháng Nghị Thay Thế Cấp 2

Trong kháng nghị Cấp 2, **tổ chức xem xét độc** **lập** xem xét quyết định mà chúng tôi đưa ra cho kháng nghị khẩn của quý vị. Tổ chức này quyết định xem quyết định có nên được thay đổi hay không. **Tổ chức xét duyệt độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê.** Tổ chức này không liên kết với Chương trình của chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Tổ chức này là một công ty được Medicare lựa chọn để xử lý công việc là tổ chức xét duyệt độc lập. Medicare giám sát công việc của tổ chức đó.

Bước 1: Chúng tôi tự động chuyển trường hợp của quý vị đến tổ chức xét duyệt độc lập.

* Chúng tôi bắt buộc phải gửi thông tin cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị tới tổ chức xét duyệt độc lập trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi nói với quý vị rằng chúng tôi đang từ chối kháng nghị đầu tiên của quý vị. (Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi không đáp ứng được hạn chót này hoặc những hạn chót khác, quý vị có thể tiến hành khiếu nại. Phần 11 của Chương này sẽ hướng dẫn cách khiếu nại.)

Bước 2: Tổ chức xét duyệt độc lập xem xét kháng nghị của quý vị nhanh chóng. Những người đánh giá cung cấp cho quý vị một câu trả lời trong vòng 72 giờ.

* Những người đánh giá tại tổ chức xét duyệt độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.
* **Nếu tổ chức này nói có với kháng nghị của quý vị**, thì chúng tôi phải trả lại cho quý vị phần chi phí chăm sóc mà quý vị nhận được kể từ ngày chúng tôi nói rằng bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt. Chúng tôi cũng phải tiếp tục đài thọ cho chăm sóc miễn là sự chăm sóc này là cần thiết về mặt y tế. Quý vị phải tiếp tục thanh toán khoản chia sẻ chi phí của quý vị. Nếu có những giới hạn về bảo hiểm, những giới hạn này có thể giới hạn số tiền chúng tôi sẽ bồi hoàn hoặc bao lâu chúng tôi sẽ tiếp tục đài thọ cho các dịch vụ.
* **Nếu tổ chức này nói không với** kháng nghị của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định mà Chương trình của chúng tôi đưa ra cho kháng nghị đầu tiên của quý vị và sẽ không thay đổi.
  + Thông báo quý vị nhận được từ tổ chức xét duyệt độc lập sẽ cho quý vị biết bằng văn bản rằng quý vị có thể làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục kháng nghị Cấp 3.

Bước 3: Nếu tổ chức xét duyệt độc lập nói không với kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ chọn xem quý vị có muốn kháng nghị thêm hay không.

* Có ba mức kháng nghị bổ sung sau Cấp 2, với tổng cộng năm cấp kháng nghị. Nếu quý vị muốn tiếp tục thực hiện kháng nghị Cấp 3, chi tiết về cách làm điều này nằm trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau khi quyết định kháng nghị Cấp 2 của quý vị.
* Kháng nghị Cấp 3 được xem xét bởi Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư trọng tài. Phần 10 trong Chương này sẽ trình bày thêm về quy trình cho Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

### PHẦN 10 Thực hiện kháng nghị của quý vị đến Cấp 3 và cao hơn

#### Phần 10.1 Các cấp Kháng nghị 3, 4 và 5 đối với Các Yêu cầu Dịch vụ Y Tế

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã kháng nghị Cấp 1 và kháng nghị Cấp 2, và cả hai kháng nghị của quý vị đã bị từ chối.

Nếu số tiền của mặt hàng hoặc dịch vụ y tế mà quý vị đã kháng nghị đáp ứng một mức tối thiểu nhất định, quý vị có thể được tiếp tục các mức kháng nghị bổ sung. Nếu giá trị bằng tiền thấp hơn mức tối thiểu, quý vị không thể tiếp tục kháng nghị. Thư trả lời bằng văn bản mà quý vị nhận được cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị sẽ giải thích cách kháng nghị Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng nghị, ba cấp cuối cùng của kháng nghị diễn ra theo cùng quy trình. Đây là người xử lý việc xem xét kháng nghị của quý vị ở mỗi mức này.

**Kháng nghị cấp 3 Một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư trọng tài** **làm việc cho chính phủ Liên bang** sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và trả lời cho quý vị.

* **Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư trọng tài nói có với kháng nghị của quý vị, quy trình kháng nghị có thể đã hoặc có thể chưa kết thúc.** Không giống như quyết định tại kháng nghị 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 đến 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 trọng tài.
  + Nếu chúng tôi quyết định kháng nghị quyết định, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản sao của 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 trọng tài nói không với kháng nghị của quý vị, quy trình kháng nghị *có thể đã* hoặc *có thể chưa* kết thúc**.
  + Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định mà đã từ chối kháng nghị của quý vị, thì quy trình kháng nghị đã kết thúc.
  + Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục bước tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì cho kháng nghị Cấp 4.

**Kháng nghị cấp 4 Hội** **đồng** **Kháng nghị Medicare** (Hội đồng) sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và trả lời cho quý vị. Hội đồng là một phần của chính phủ Liên bang.

* **Nếu câu trả lời là có, hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu của chúng tôi xem xét quyết định kháng nghị Cấp 3 thuận lợi, thì quy trình kháng nghị *có thể* đã *hoặc có thể chưa 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 nên kháng nghị quyết định này đến Cấp 5 hay không.
  + Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng nghị quyết định, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc y tế trong vòng 60 ngày dương lịch kể từ khi nhận được quyết định của Hội đồng.
  + Nếu chúng tôi quyết định kháng nghị quyết định, chúng tôi sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị.
* **Nếu không có câu trả lời hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu xem xét, thì quy trình kháng *nghị có thể đã* hoặc *có thể chưa* kết thúc**.
  + - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định mà đã từ chối kháng nghị của quý vị, thì quy trình kháng nghị đã kết thúc.
    - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục tiếp tục cấp tiếp theo của quy trình xem xét. Nếu Hội Đồng nói không với kháng nghị của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu các quy tắc cho phép quý vị có tiếp tục tham gia kháng nghị Cấp 5 và cách tiếp tục với kháng nghị Cấp 5 hay không.

**Kháng nghị Cấp 5** Một thẩm phán tại **Tòa Án Liên Bang** sẽ xemxét kháng nghị của quý vị.

* Một thẩm phán sẽ xem xét tất cả các thông tin và quyết định *có* hoặc *không* đối với yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn có thêm mức kháng nghị nào sau Tòa Án Quận Liên Bang.

#### 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 đài thọ. Lá thư mà 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.

*[Plans may, at the discretion of the states in which they operate, insert a clear, brief description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to file an additional appeal in the state.]*

#### Phần 10.3 Các cấp Kháng nghị 3, 4 và 5 đối với Các Yêu cầu Thuốc Phần D

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã 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 loại thuốc mà quý vị đã kháng nghị đáp ứng một số tiền nhất định, quý vị có thể tiếp tục có các mức kháng nghị bổ sung. Nếu giá trị bằng tiền thấp hơn, quý vị không thể tiếp tục kháng nghị. Thư trả lời bằng văn bản mà quý vị nhận được cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị sẽ giải thích ai cần liên lạc và phải làm gì để đề nghị kháng nghị Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng nghị, ba cấp cuối cùng của kháng nghị diễn ra theo cùng quy trình. Đây là người xử lý việc xem xét kháng nghị của quý vị ở mỗi mức này.

**Kháng nghị cấp 3 Một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc luật sư trọng tài làm việc cho chính phủ Liên bang** sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và trả lời cho quý vị.

* **Nếu câu trả lời là có, quy trình kháng nghị đã kết thúc**. Chúng tôi phải **uỷ quyền hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được phê duyệt bởi Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư trọng tài trong vòng **72 giờ (24 giờ đối với kháng nghị khẩn) hoặc thanh toán không quá 30 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
* **Nếu không có câu trả lời, quy trình kháng *nghị có thể đã* hoặc *có thể chưa* kết thúc**.
  + Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định mà đã từ chối kháng nghị của quý vị, thì quy trình kháng nghị đã kết thúc.
  + Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục bước tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì cho kháng nghị Cấp 4.

**Kháng nghị cấp 4 Hội** **đồng** **Kháng nghị Medicare** (Hội đồng) sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và trả lời cho quý vị. Hội đồng là một phần của chính phủ Liên bang.

* **Nếu câu trả lời là có, quy trình kháng nghị đã kết thúc.** Chúng tôi phải **uỷ quyền hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được phê duyệt bởi Hội đồng **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng nghị khẩn) hoặc thanh toán không quá 30 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
* **Nếu không có câu trả lời, quy trình kháng nghị có thể đã hoặc có thể chưa kết thúc**.
  + Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định mà đã từ chối kháng nghị của quý vị, thì quy trình kháng nghị đã kết thúc.
  + Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục tiếp tục cấp tiếp theo của quy trình xem xét. Nếu Hội đồng nói không với kháng nghị của quý vị hay từ chối yêu cầu xem xét kháng nghị của quý vị, thông báo sẽ cho quý vị biết liệu các quy tắc cho phép quý vị được tiếp tục xem xét kháng nghị Cấp 5 hay không. Ngoài ra, thông báo cũng sẽ cho quý vị biết ai cần liên lạc và phải làm gì tiếp theo nếu quý vị chọn tiếp tục với kháng nghị của mình.

**Kháng nghị Cấp 5** Một thẩm phán tại**Tòa Án Liên Bang** sẽ xemxét kháng nghị của quý vị.

* Một thẩm phán sẽ xem xét tất cả các thông tin và quyết định *có hoặc không* đối với yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn có thêm mức kháng nghị nào sau Tòa Án Quận Liên Bang.

### PHẦN 11 Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các quan ngại khác

#### Phần 11.1 Những vấn đề nào được xử lý theo quy trình khiếu nại?

Quy trình khiếu nại *chỉ* được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định. Điều này bao gồm các vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ và dịch vụ khách hàng. Dưới đây là các ví dụ về các dạng vấn đề được giải quyết theo quy trình khiếu nại.

| Khiếu nại | Ví dụ |
| --- | --- |
| **Chất lượng chăm sóc y tế của quý vị** | * Quý vị không hài lòng với chất lượng của dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được (bao gồm dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện)? |
| **Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị** | * Có ai đó đã không tôn trọng quyền riêng tư hoặc chia sẻ thông tin mật của quý vị hay không? |
| **Thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc thái độ tiêu cực khác** | * Có ai đó thô lỗ hoặc bất lịch sự với quý vị hay không? * Quý vị có không hài lòng với Dịch Vụ Thành Viên của chúng tôi không? * Quý vị có cảm thấy quý vị được khuyến khích rời khỏi Chương trình không? |
| **Thời gian chờ** | * Quý vị có gặp khó khăn khi nhận cuộc hẹn, hoặc chờ quá lâu để nhận được cuộc hẹn không? * Quý vị có bị các bác sĩ, dược sĩ, hoặc các chuyên gia sức khỏe khác bắt phải chờ đợi quá lâu hay không? Hoặc Ban Dịch Vụ Thành Viên hoặc các nhân viên khác trong Chương trình bắt đợi lâu?   + Các ví dụ bao gồm chờ đợi quá lâu trên điện thoại, trong phòng chờ hoặc khám hoặc nhận toa thuốc. |
| **Vệ sinh** | * Quý vị có không hài lòng với sự sạch sẽ hoặc tình trạng của phòng khám, bệnh viện hoặc phòng mạch bác sĩ hay không? |
| **Thông tin quý vị nhận từ chúng tôi** | * Chúng tôi có không gửi cho quý vị thông báo yêu cầu hay không? * Thông tin bằng văn bản của chúng tôi có khó hiểu không? |
| **Độ kịp thời**  (Những loại khiếu nại này đều liên quan đến sự kịp thời của các hành động của chúng tôi liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng nghị) | Nếu quý vị đã yêu cầu quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị và quý vị cho rằng chúng tôi không phản hồi đủ nhanh, quý vị có thể than phiền về sự chậm của chúng tôi. Ví dụ:   * Quý vị đã yêu cầu chúng tôi cho quyết định bảo hiểm khẩn hoặc kháng nghị khẩn, và chúng tôi đã nói không; quý vị có thể khiếu nại. * Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn chót cho các quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị; quý vị có thể khiếu nại. * Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn chót để đài thọ hoặc bồi hoàn cho quý vị về một số mặt hàng y tế hoặc dịch vụ hoặc thuốc đã được chấp thuận; quý vị có thể khiếu nại. * Quý vị cho rằng chúng tôi đã không đáp ứng được thời hạn chót cần thiết để chuyển trường hợp của quý vị đến tổ chức xét duyệt độc lập; quý vị có thể khiếu nại. |

#### Phần 11.2 Cách khiếu nại

| **Thuật ngữ pháp lý** |
| --- |
| * **Khiếu nại** cũng được gọi là **than phiền.** * **Việc khiếu nại** còn được gọi là **nộp đơn khiếu nại.** * **Việc sử dụng quy trình khiếu nại** cũng được gọi là **sử dụng quy trình nộp đơn khiếu nại.** * **Khiếu nại khẩn** còn được gọi là **khiếu nại nhanh.** |

#### Phần 11.3 Từng bước: Khiếu nại

Bước 1: Liên hệ với chúng tôi nhanh chóng – qua điện thoại hoặc bằng văn bản.

* **Thông thường, việc gọi Dịch vụ Thành viên là bước đầu tiên.** Nếu có bất kỳ điều gì khác quý vị cần làm, Dịch vụ Thành viên sẽ cho quý vị biết.
* **Nếu quý vị không muốn gọi (hoặc quý vị đã gọi điện và không hài lòng), quý vị có thể gửi khiếu nại bằng văn bản và gửi cho chúng tôi.** Nếu quý vị khiếu nại bằng văn bản thì chúng tôi sẽ phản hồi khiếu nại đó bằng văn bản.
* [Insert description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint. Describe expedited grievance time frames for grievances about decisions to not conduct expedited organization/coverage determinations or reconsiderations/redeterminations.]
* **Cho dù quý vị gọi hoặc viết thư, quý vị nên liên hệ ngay với Ban Dịch vụ Thành viên.** Quý vị có thể khiếu nại vào bất kỳ lúc nào sau khi quý vị gặp vấn đề mà quý vị muốn khiếu nại.

Bước 2: Chúng tôi xem xét khiếu nại của quý vị và cung cấp cho quý vị 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 qua điện thoại.
* **Hầu hết các khiếu nại được trả lời trong vòng 30 ngày dương lịch.** Nếu chúng tôi cần thêm thông tin và sự chậm trễ là tốt nhất cho quý vị hoặc nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi có thể mất thêm tới 14 ngày dương lịch (tổng cộng 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 bằng văn bản cho quý vị.
* **Nếu quý vị đang khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu của quý vị về quyết định bảo hiểm khẩn hoặc kháng nghị khẩn, chúng tôi sẽ tự động cho quý vị khiếu nại khẩn.** Nếu quý vị có khiếu nại khẩn, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ **trả** **lời quý vị trong vòng 24 giờ**.
* **Nếu chúng** **tôi không đồng ý với** một số hoặc tất cả khiếu nại của quý vị hoặc không chịu trách nhiệm về vấn đề quý vị phàn nàn, chúng tôi sẽ đưa ra lý do trả lời của chúng tôi cho quý vị.

#### Phần 11.4 Quý vị cũng có thể khiếu nại về chất lượng chăm sóc cho Tổ chức Cải thiện Chất lượng

Khi quý vị khiếu nại về *chất lượng chăm sóc*, quý vị cũng có hai lựa chọn bổ sung:

* **Quý vị có thể khiếu nại trực tiếp đến Tổ chức Cải thiện Chất lượng.** Tổ chức Cải thiện Chất lượng là một nhóm các bác sĩ thực hành và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác do chính phủ Liên bang chi trả để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc được cung cấp cho bệnh nhân Medicare. Chương 2 có thông tin liên hệ.

*Hoặc*

* **Quý vị có thể khiếu nại đến cả Tổ chức Cải thiện Chất lượng và chúng tôi cùng một lúc**.

#### Phần 11.5 Quý vị cũng có thể thông báo cho Medicare [*insert as applicable:* và Medicaid] về khiếu nại của quý vị

Quý vị có thể nộp khiếu nại về *[insert 2024 plan name]* trực tiếp tới Medicare. Để gửi khiếu nại cho Medicare, hãy truy cập [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY/TDD có thể gọi số   
1-877-486-2048.

*[If state Medicaid agencies hear complaints, plans insert state-specific contact information here as directed by the state.]*

## CHƯƠNG 10: *Chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong Chương trình*

*[Plans may revise this chapter as needed if the plan will continue to provide Medicaid coverage when the member disenrolls from the Medicare plan.]*

### PHẦN 1 Giới thiệu về việc kết thúc tư cách thành viên trong Chương trình của chúng tôi

Chấm dứt tư cách thành viên trong *[insert 2024 plan name]* có thể là **tự nguyện** (lựa chọn của chính quý vị) hoặc **không tự nguyện** (không phải lựa chọn của chính quý vị):

* Quý vị có thể rời khỏi Chương trình của chúng tôi vì quý vị đã quyết định rằng quý vị *muốn* rời khỏi Chương trình. Phần 2 và 3 cung cấp thông tin về việc tự nguyện kết thúc tư cách thành viên của quý vị.
* Cũng có những tình huống hạn chế mà trong đó quý vị không muốn rời Chương trình, nhưng chúng tôi phải kết thúc tư cách thành viên của quý vị. Phần 5 sẽ cho quý vị biết về các tình huống khi chúng tôi phải kết thúc tư cách thành viên của quý vị.

Nếu quý vị sắp 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 theo toa của quý vị và quý vị sẽ tiếp tục chi trả phần chi phí cho đến khi hết thời hạn thành viên.

### PHẦN 2 Quý vị có thể chấm dứt thành viên trong Chương trình của chúng tôi khi nào?

#### Phần 2.1 Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình vì quý vị có Medicare và Medicaid

Hầu hết mọi người tham gia Medicare có thể kết thúc tư cách thành viên chỉ trong những thời điểm nhất định của năm. Vì quý vị có Medicaid, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong Chương trình của chúng tôi hoặc chuyển sang một Chương trình khác một lần trong mỗi giai đoạn Ghi danh Đặc biệt sau:

* Tháng Một đến tháng Ba;
* Tháng Tư đến tháng Sáu
* Tháng Bảy đến tháng Chín

Nếu quý vị tham gia Chương trình của chúng tôi trong một trong những giai đoạn này, quý vị sẽ phải đợi giai đoạn tiếp theo để kết thúc tư cách thành viên hoặc chuyển sang một Chương trình khác. Quý vị không thể sử dụng Thời Gian Ghi Danh Đặc Biệt này để kết thúc tư cách thành viên trong Chương trình của chúng tôi từ tháng Mười đến tháng Mười Hai. Tuy nhiên, tất cả những người được Medicare đều có thể thực hiện những thay đổi từ ngày 15 tháng Mười đến ngày 7 tháng Mười Hai trong Thời Gian Ghi Danh Hàng năm. Phần 2.2 sẽ cho quý vị biết thêm về Giai Đoạn Ghi Danh Hàng năm.

* Chọn bất kỳ loại Chương trình Medicare nào sau đây:
  + Một Chương trình sức khỏe khác của Medicare, có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa.
  + Original Medicare *với* một Chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare.
  + Original Medicare không có một Chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare.
    - Nếu quý vị chọn tùy chọn này, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một Chương trình thuốc, trừ khi quý vị từ chối ghi danh tự động.

**Lưu ý:** Nếu quý vị bỏ ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín trong 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu quý vị tham gia một Chương trình thuốc Medicare sau này.

Liên lạc 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 nằm trong Chương 2, Phần 6 của tài liệu này).

* **Khi nào tư cách thành viên của quý vị sẽ chấm dứt?** Tư cách thành viên của quý vị sẽ thường 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 chấm dứt tư cách thành viên trong Giai Đoạn Ghi Danh Hàng năm

Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên **trong Thời gian Ghi danh Hàng năm** (còn gọi là Giai đoạn Ghi danh Mở Hàng năm). Trong thời gian này, hãy xem xét bảo hiểm sức khỏe và thuốc của quý vị và quyết định về bảo hiểm cho năm tới.

* **Thời gian Ghi danh Hàng năm** từ**ngày 15 tháng Mười đến ngày 7 tháng Mười Hai**.
* **Chọn giữ bảo hiểm hiện tại của quý vị hoặc thực hiện những thay đổi đối với bảo hiểm của quý vị trong năm tới.** Nếu quyết định đổi sang một Chương trình mới, quý vị có thể chọn bất kỳ loại Chương trình nào sau đây:
  + Một Chương trình sức khỏe khác của Medicare, có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa.
  + Original Medicare *với* một Chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare.

*OR*

* + - * Original Medicare *không có* một Chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare.
* **Quý vị sẽ kết thúc tham gia Chương trình của chúng** tôi khi bảo hiểm Chương trình mới của quý vị bắt đầu vào ngày 1 tháng Một.

**Nếu quý vị nhận được "Hỗ trợ Bổ sung" từ Medicare để thanh toán cho các thuốc theo toa của mình:** Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một Chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một Chương trình thuốc trừ khi quý vị đã từ chối ghi danh tự động.

**Lưu ý:** Nếu quý vị bỏ ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín trong 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu quý vị tham gia một Chương trình thuốc Medicare sau này.

#### Phần 2.3 Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage

Quý vị có cơ hội thực hiện *một* thay đổi đối với bảo hiểm sức khỏe của quý vị trong **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage**.

* **Thời Gian Ghi Danh Mở Medicare Advantage Hàng năm** từ ngày 1 tháng Một đến ngày 31 tháng Ba.
* **Trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage Hàng năm**,quý vị có thể:
  + Chuyển sang một Chương trình Medicare Advantage khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa.
  + Bỏ ghi danh khỏi Chương trình của chúng tôi và mua bảo hiểm từ Original Medicare. Nếu quý vị chọn chuyển sang Original Medicare trong thời gian này, quý vị cũng có thể tham gia một Chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare vào thời điểm đó.
* **Tư cách thành 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 của quý vị để chuyển sang Original Medicare. Nếu quý vị cũng chọn ghi danh vào một Chương trình thuốc theo toa của Medicare, tư cách thành 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 tình huống nhất định, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt

Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện kết thúc tư cách thành viên vào những thời điểm khác trong năm. Đây được gọi là **Giai** **đoạn Ghi danh Đặc biệt**.

**Quý vị có thể đủ điều kiện chấm dứt tư cách thành viên trong Thời hạn Ghi danh Đặc** **biệt** nếu áp dụng cho quý vị bất kỳ tình huống nào sau đây. Đây chỉ là những ví dụ, để có 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](http://www.medicare.gov)):

* + Thông thường, khi quý vị đã chuyển chỗ ở.
  + *[Revise bullet to use state-specific name, if applicable]* Nếu quý vị có Medicaid.
  + Nếu quý vị đủ điều kiện được hưởng "Hỗ trợ Bổ sung" khi trả tiền cho các thuốc theo toa Medicare của quý vị.
  + Nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng của chúng tôi với quý vị.
  + Nếu quý vị đang được chăm sóc trong một tổ chức, chẳng hạn như cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn (LTC).
  + [*Plans in* *states with PACE, insert:* Nếu quý vị ghi danh vào Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người Cao niên (PACE).]

[**Lưu ý:** Nếu đang tham gia Chương trình quản lý thuốc, thì quý vị có thể không được thay đổi Chương trình.Chương 5, Phần 10 sẽ cho quý vị biết thêm về các Chương trình quản lý thuốc.]

[**Lưu ý:** Phần 2.1 sẽ cho quý vị biết thêm về giai đoạn ghi danh đặc biệt cho những người có Medicaid.]

* **Thời gian ghi danh khác nhau** tùy thuộc vào hoàn cảnh của quý vị.
* **Để tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện tham gia 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. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị đủ điều kiện chấm dứt tư cách thành viên vì một tình huống đặc biệt, quý vị có thể chọn thay đổi cả bảo hiểm sức khỏe Medicare và bảo hiểm thuốc theo toa của mình. Quý vị có thể chọn:
* Một Chương trình sức khỏe khác của Medicare có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa.
  + Original Medicare *với* một Chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare.

*OR*

* + Original Medicare *không có* một Chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare.

**Lưu ý:** Nếu quý vị bỏ ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín trong 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu quý vị tham gia một Chương trình thuốc Medicare sau này.

**Nếu quý vị nhận được "Hỗ trợ Bổ sung" từ Medicare để thanh toán cho các thuốc theo toa của mình:** Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một Chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một Chương trình thuốc trừ khi quý vị đã từ chối ghi danh tự động.

**Thông thường, tư cách thành viên 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 cho những người có Medicaid và Trợ Cấp Thêm.

#### Phần 2.5 Quý vị có thể nhận thêm thông tin về thời điểm quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên?

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về việc kết thúc tư cách thành viên, quý vị có thể:

* **Gọi dịch vụ thành viên.**
* Tìm thông tin trong sổ tay ***Medicare & Quý vị năm 2024***.
* Liên lạc 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 thành viên trong Chương trình của chúng tôi như thế nào?

Bảng dưới đây sẽ giải thích cho quý vị biết cách chấm dứt tư cách thành viên của mình trong Chương trình của chúng tôi.

| Nếu quý vị muốn chuyển từ Chương trình của chúng tôi sang: | Đây là việc quý vị nên làm: |
| --- | --- |
| Một Chương trình sức khỏe Medicare khác | * Ghi danh tham gia Chương trình sức khỏe Medicare mới. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. * Quý vị sẽ tự động bị bỏ ghi danh khỏi *[insert 2024 plan name]* khi bảo hiểm mới của Chương trình của quý vị bắt đầu. |
| Original Medicare *với* một Chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare. | * Ghi danh vào Chương trình thuốc theo 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 bị bỏ ghi danh khỏi *[insert 2024 plan name]* khi bảo hiểm mới của Chương trình của quý vị bắt đầu. |
| Original Medicare *không có* một Chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare.   * + Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một Chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một Chương trình thuốc trừ khi quý vị đã từ chối ghi danh tự động.   + Nếu quý vị bỏ ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín trong 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ nếu quý vị tham gia một Chương trình thuốc Medicare sau này. | * + **Gửi cho chúng tôi yêu cầu bằng văn bản để bỏ ghi danh** [*insert if organization has complied with CMS guidelines for online disenrollment* or visit our website to disenroll online].Liên lạc với Ban Dịch vụ Thành viên nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện điều này.   + 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 bỏ ghi danh. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.   + Quý vị sẽ bị bỏ ghi danh khỏi *[insert 2024 plan name]* khi bảo hiểm của quý vị trong Original Medicare bắt đầu. |

**Lưu ý:** Nếu quý vị bỏ ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín trong 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu quý vị tham gia một Chương trình thuốc Medicare sau này.

Đối với các câu hỏi về các quyền lợi của *[insert state-specific name for Medicaid]*, hãy liên lạc *[insert state-specific name of Medicaid program, toll-free number, TTY, and days and hours of operation]*. *[Insert any additional state-specific resources for assistance with questions about the member’s Medicaid benefits.]* Hãy hỏi việc tham gia một Chương trình khác hoặc quay lại Original Medicare ảnh hưởng thế nào đến cách quý vị nhận bảo hiểm *[insert state-specific name for**Medicaid]*.

### PHẦN 4 Cho đến khi kết thúc tư cách thành viên, quý vị phải tiếp tục nhận các mặt hàng y tế, dịch vụ và thuốc thông qua Chương trình của chúng tôi

Cho đến khi bảo hiểm *[insert 2024 plan name]* của quý vị kết thúc, và bảo hiểm Medicare [*insert if applicable:* và Medicaid] mới của quý vị bắt đầu, quý vị phải tiếp tục nhận các vật dụng y tế, dịch vụ[và thuốc theo toa] của mình thông qua Chương trình của chúng tôi.

* **Tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc y tế.**
* **Tiếp tục sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi** *[insert if appropriate* ***hoặc đặt hàng chuyển qua đường bưu điện****]* **để mua thuốc theo toa của quý vị**.
* **Nếu quý vị nhập viện vào ngày quý vị chấm dứt hợp đồng, thời gian nằm viện của quý vị sẽ được Chương trình của chúng tôi đài thọ cho đến khi quý vị xuất viện** (ngay cả khi quý vị được xuất viện sau khi bảo hiểm sức khỏe mới của quý vị bắt đầu).

### PHẦN 5 *[Insert 2024 plan name]* phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong Chương trình trong một số tình huống nhất định

#### Phần 5.1 Khi nào chúng tôi phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong Chương trình?

***[Insert 2024 plan name]* phải kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong Chương trình nếu bất kỳ điều nào sau đây xảy ra:**

* Nếu quý vị không còn medicare Phần A và Phần B
* Nếu quý vị không còn đủ tiêu chuẩn để được hưởng 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 Medicaid. *[Plans must insert rules for members who no longer meet special eligibility requirements.]*
* [*Insert if applicable:* Nếu quý vị không thanh toán chi phí y tế của mình, nếu thích hợp]
* Nếu quý vị chuyển khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi
* Nếu quý vị rời xa khu vực dịch vụ của chúng tôi hơn sáu tháng *[Plans with visitor/traveler benefits should revise this bullet to indicate when members must be disenrolled from the plan.]*
* Nếu quý vị chuyển chỗ ở hoặc đi xa, gọi cho Ban Dịch vụ Thành viên để biết địa điểm quý vị chuyển đến hoặc đi đến có nằm trong khu vực Chương trình của chúng tôi hay không.
* [*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert:* Nếu quý vị đã là thành viên của Chương trình của chúng tôi liên tục trước tháng Một, 1999 và quý vị sống bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi trước tháng Một, 1999, quý vị vẫn đủ điều kiện miễn là quý vị chưa chuyển đi từ trước tháng Một, 1999. Tuy nhiên, nếu quý vị chuyển chỗ và đến một địa điểm khác bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi, quý vị sẽ bị bỏ ghi danh khỏi Chương trình của chúng tôi.]
* Nếu quý vị bị giam giữ (đi tù).
* Nếu quý vị không còn là công dân Hoa Kỳ hay có mặt hợp pháp tại Hoa Kỳ.
* Nếu quý vị nói dối hoặc giữ lại thông tin về bảo hiểm khác mà quý vị có, mà họ cung cấp bảo hiểm thuốc theo toa.
* *[Omit if not applicable]* Nếu quý vị cố tình cung cấp cho chúng tôi thông tin không đúng khi quý vị đang ghi danh tham gia Chương trình của chúng tôi và thông tin đó ảnh hưởng đến tình trạng 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 trừ khi nhận được sự cho phép trước từ Medicare).
* *[Omit bullet if not applicable]* Nếu quý vị liên tục cư xử theo cách gây rối loạn và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và các thành viên khác trong Chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể bắt buộc quý vị rời khỏi Chương trình của chúng tôi trừ khi nhận được sự cho phép trước từ Medicare).
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Nếu quý vị cho người khác sử dụng thẻ thành viên của quý vị để được chăm sóc y tế. (Chúng tôi không thể bắt buộc quý vị rời khỏi Chương trình của chúng tôi trừ khi nhận được sự cho phép trước từ Medicare).
* Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của quý vị vì lý do này, Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh tra viên điều tra trường hợp của quý vị.
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable. Plans with different disenrollment policies for dual eligible members and/or members with LIS who do not pay plan premiums must edit these bullets as necessary to reflect their policies. Plans with different disenrollment policies must be very clear as to which population is excluded from the policy to disenroll for failure to pay plan premiums.]* Nếu quý vị không trả phí bảo hiểm của Chương trình cho *[insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months.]*
* Chúng tôi phải thông báo bằng văn bản cho quý vị rằng quý vị có *[insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months]* để trả phí bảo hiểm Chương trình trước khi chúng tôi kết thúc tư cách thành viên của quý vị.
* Nếu quý vị được yêu cầu phải trả số tiền phần D bổ sung vì thu nhập của quý vị và quý vị không trả, Medicare sẽ bỏ ghi danh quý vị khỏi Chương trình của chúng tôi.

Quý vị có thể nhận thêm thông tin ở đâu?

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn biết thêm thông tin về khi nào chúng tôi có thể kết thúc tư cách thành viên của quý vị hãy gọi dịch vụ thành viên.

#### Phần 5.2 Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị rời khỏi Chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe

*[Insert 2024 plan name]* 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 bị yêu cầu rời khỏi Chương trình của chúng tôi vì lý do liên quan đến sức khỏe, hãy gọi cho Medicaretheo 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 khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên trong Chương trình của chúng tôi

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong Chương trình của chúng tôi, chúng tôi phải thông báo cho quý vị biết lý do bằng văn bản về việc chấm dứt tư cách thành viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết cách nộp đơn khiếu nại về quyết định chấm dứt tư cách thành viên của quý vị.

## CHƯƠNG 11: *Thông báo pháp lý*

### PHẦN 1 Thông báo về luật pháp quản lý

Luật 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 và trong một số trường hợp nhất định, luật pháp của tiểu bang quý vị sống, có thể áp dụng. Điều này có thể ảnh hưởng đến quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi luật không được đưa vào hoặc giải thích trong tài liệu này.

### PHẦN 2 Thông báo về không phân biệt chủng tộc

*[Plans may add language describing additional categories covered under state human rights laws.]* **Chúng tôi** **không phân biệt đối xử** dựa trên chủng tộc, sắc tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, tình dục, giới tính, độ tuổi, khuynh hướng tình dục, khuyết tật về tâm thần hoặc thể chất, tình trạng sức khỏe, kinh nghiệm yêu cầu bồi thường, tiền sử y tế, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ. Tất cả các tổ chức cung cấp các Chương trình Medicare Advantage, như Chương trình của chúng tôi, phải tuân thủ luật Liên Bang về phân biệt đối xử, bao gồm Tiêu đề VI của Đạo Luật Dân Quyền năm 1964, Đạo Luật Phục Hồi 1973, Đạo Luật Phân Biệt Đối Xử Độ Tuổi 1975, Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật, Mục 1557 của Đạo Luật Chăm Sóc Giá Cả Phải Chăng, tất cả các luật khác áp dụng cho các tổ chức nhận tài trợ Liên Bang, và bất kỳ luật và quy tắc nào khác áp dụng vì 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** thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh theo số 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) hoặc Văn Phòng Dân Quyền tại địa phương của quý vị. Quý vị cũng có thể xem thông tin từ Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh tại https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Nếu quý vị có khuyết tật và cần giúp đỡ về tiếp cận chăm sóc, vui lòng gọi cho chúng tôi tại Dịch vụ Thành viên. Nếu quý vị có than phiền, chẳng hạn như gặp vấn đề về sử dụng xe lăn, Dịch vụ thành viên có thể giúp.

### PHẦN 3 Thông báo về quyền thay thế Người Thanh toán Thứ cấp Medicare

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm truy thu cho các dịch vụ Medicare được đài thọ mà Medicare không phải là người trả tiền chính. Theo quy định CMS tại 42 CFR mục 422.108 và 423.462, *[insert 2024 plan name]*, với tư cách là một Tổ chức Medicare Advantage, sẽ thực hiện các quyền khôi phục mà Thư ký thực hiện theo quy định CMS trong các phần phụ B đến D của phần 411 của 42 CFR và các quy tắc được thành lập trong phần này chiếm ưu thế đối với bất kỳ luật nào của Tiểu bang.

*[****Note****: You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability or a notice about third-party liability or a nondiscrimination notice under Section 1557 of the Affordable Care Act. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations. Plans may also include Medicaid-related legal notices.]*

## CHƯƠNG 12: *Định nghĩa các từ quan trọng*

*[Plans should insert definitions as appropriate to the plan type described in the EOC. You may insert definitions not included in this model and exclude model definitions not applicable to your plan, or to your contractual obligations with CssMS or enrolled Medicare beneficiaries.]*

*[If allowable revisions to terminology (e.g., changing Member Services to Customer Service) affect glossary terms, plans should re-label the term and alphabetize it within the glossary.]*

*[If you use any of the following terms in your EOC, you must add a definition of the term to the first section where you use it and here in Chapter 12 with a reference from the section where you use it: IPA, network, PHO, plan medical group, Point of Service.]*

*[Plans with a POS option: Provide definitions of: allowed amount, coinsurance and maximum charge, and prescription drug benefit manager.]*

**Trung Tâm Phẫu Thuật Không Lưu Trú** – Trung Tâm Phẫu Thuật Không Lưu Trú là một thực thể hoạt động chuyên cung cấp dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho bệnh nhân không phải nhập viện và dự kiến ở lại trung tâm không quá 24 giờ.

**Kháng nghị** – Kháng nghị là việc quý vị làm nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi từ chối yêu cầu đài thọ cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc theo toa hoặc thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc mà quý vị đã nhận được. Quý vị cũng có thể tiến hành kháng nghị nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi để tạm dừng các dịch vụ quý vị đang được nhận.

*[Plans that are zero cost-share plans or approved to exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or other full-benefit dual eligible individuals delete this definition.]* **Lập Hóa đơn phần chênh   
lệch –** Khi một nhà cung cấp (chẳng hạn như bác sĩ hoặc bệnh viện) lập hóa đơn cho bệnh nhân nhiều hơn số tiền chia sẻ chi phí được Chương trình cho phép. Là thành viên của *[insert 2024 plan name]*, quý vị chỉ phải trả số tiền chia sẻ chi phí của Chương trình của chúng tôi khi quý vị nhận được các dịch vụ được Chương trình của chúng tôi đài thọ. Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp **lập hóa đơn phần** **chênh lệch** hoặc tính phí cho quý vị nhiều hơn số tiền chia sẻ chi phí mà Chương trình của quý vị nói rằng quý vị phải trả.

**Thời Hạn Quyền Lợi** – *[Modify definition as needed if plan uses benefit periods for SNF stays but not for inpatient hospital stays.]* Cách mà [*insert if applicable:* both our plan and] Original Medicare đo lường việc quý vị sử dụng các dịch vụ tại bệnh viện và cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF). *[Plans that offer a more generous benefit period, revise the following sentences to reflect the plan’s benefit period.]* Một giai đoạn quyền lợi bắt đầu vào ngày quý vị đến bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Thời hạn quyền lợi chấm dứt khi quý vị chưa nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện nội trú (hoặc chăm sóc chuyên môn nào trong SNF) trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị nhập viện hoặc dưỡng đường chuyên môn sau khi thời gian nhận phúc lợi kết thúc thì thời gian nhận phúc lợi mới sẽ bắt đầu. [*Insert if applicable:* Quý vị phải thanh toán khoản khấu trừ tại bệnh viện nội trú cho mỗi giai đoạn quyền lợi.] Không có giới hạn về số giai đoạn 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 được sao chép chính xác, do đó các hình thức thay thế được gọi là sinh học. Tương tự sinh học nói chung có tác dụng ngang, và an toàn, như các sản phẩm sinh học ban đầu.

*[Delete if plan does not include biosimilars on the formulary]* **Tương tự sinh học** – Một loại thuốc theo toa được coi là rất tương tự, nhưng không giống hệt nhau, với sản phẩm sinh học gốc. Tương tự sinh học nói chung có tác dụng ngang, và an toàn, như các chất sinh học gốc product; tuy nhiên, chất tương tự sinh học thường yêu cầu một loại thuốc theo toa mới để thay thế cho sản phẩm sinh học ban đầu sinh học ban đầu. [*Insert if the formulary includes interchangeable biosimilars:* Các chất tương tự sinh học có thể hoán đổi đáp ứng các yêu cầu bổ sung cho phép chúng được thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại hiệu thuốc mà không cần loại thuốc theo toa mới, tuân thủ luật của tiểu bang.]

**Thuốc Chính hiệu** – Một loại thuốc theo toa được sản xuất và bán bởi công ty dược phẩm là cơ quan ban đầu nghiên cứu và phát triển thuốc. Các loại thuốc chính hiệu có công thức thành phần hoạt tính tương tự như phiên bản gốc của thuốc. Tuy nhiên, thuốc gốc được sản xuất và bán bởi các nhà sản xuất thuốc khác và thường không có sẵn cho đến sau khi bằng sáng chế về thuốc chính hiệu đã hết hạn.

**Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương** – Giai đoạn trong Quyền Lợi Thuốc Phần D bắt đầu khi quý vị (hoặc các bên đủ điều kiện khác thay mặt quý vị) đã chi $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* cho các thuốc được Phần D đài thọ trong năm được đài thọ. Trong giai đoạn thanh toán này, Chương trình thanh toán toàn bộ chi phí cho các thuốc Phần D được đài thọ của quý vị. Quý vị không phải trả gì cả.

**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 ghi danh đối với các cá nhân đủ điều kiện mà có một hoặc nhiều tình trạng mạn tính nghiêm trọng hoặc gây ra khuyết tật, như được xác định dưới 42 CFR 422.2, bao gồm hạn chế ghi danh dựa trên nhiều nhóm bệnh trạng thường gặp và có liên kết lâm sàng được nêu cụ thể trong 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

**Đồng bảo hiểm** – Một số tiền quý vị có thể phải trả, được thể hiện theo tỷ lệ phần trăm (ví dụ 20%) như phần chia sẻ của quý vị trong chi phí cho dịch vụ hoặc thuốc theo toa [*insert if applicable:*sau khi quý vị thanh toán bất kỳ khoản khấu trừ nào].

**Khiếu** **nại** – Tên chính thức cho khiếu nại là **nộp đơn khiếu nại.** Quy trình khiếu nại *chỉ* được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định. Điều này bao gồm các vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ và dịch vụ khách hàng quý vị nhận được. Nó cũng bao gồm khiếu nại nếu Chương trình của quý vị không tuân theo các khoảng thời gian trong quy trình kháng nghị.

**Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (CORF)** – Một cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi bị bệnh hoặc bị thương, bao gồm vật lý trị liệu, dịch vụ xã hội hoặc dịch vụ hô hấp, liệu pháp hô hấp, liệu pháp chức năng và các dịch vụ bệnh học âm ngữ và các dịch vụ đánh giá môi trường tại nhà.

**Đồng thanh toán (hoặc đồng trả)** – Một số tiền quý vị có thể được yêu cầu phải trả như phần chi phí của quý vị cho một dịch vụ hoặc nguồn cung cấp y tế, như thăm khám bác sĩ, khám ngoại trú tại bệnh viện hoặc thuốc theo toa. Tiền đồng thanh toán là một số tiền đã định (ví dụ: $10), thay vì một tỷ lệ phần trăm.

**Chia sẻ chi phí** – Chia sẻ chi phí là các khoản tiền mà thành viên phải trả khi nhận dịch vụ hoặc thuốc. [*Insert if applicable:* (Khoản này nằm 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: (1) bất kỳ khoản khấu trừ nào mà một Chương trình có thể áp đặt trước khi được đài thọ cho các dịch vụ hoặc thuốc; (2) bất kỳ số tiền đồng thanh toán cố định nào mà một Chương trình yêu cầu khi nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể; hoặc (3) bất kỳ số tiền đồng bảo hiểm nào, một tỷ lệ phần trăm trong tổng số tiền thanh toán cho một dịch vụ hoặc thuốc mà một Chương trình yêu cầu khi nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể.

*[Delete if plan does not use tiers]* **Bậc Chia sẻ Chi phí** – Mỗi loại thuốc trong danh sách thuốc được đài thọ đều thuộc một trong *[insert number of tiers]* bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao, chi phí thuốc của quý vị càng cao.

**Quyết Định Bảo** **Hiểm** – Quyết định về việc liệu một loại thuốc kê toa cho quý vị có được Chương trình đài thọ hay không và số tiền, nếu có, quý vị được yêu cầu thanh toán cho thuốc theo toa. Nói chung, nếu quý vị mang toa thuốc của mình tới nhà thuốc và nhà thuốc thông báo rằng toa thuốc không được Chương trình của quý vị đài thọ thì đó không phải là một quyết định bảo hiểm. Quý vị cần gọi điện hoặc gửi thư tới Chương trình của mình để yêu cầu một quyết định chính thức về bảo hiểm. Quyết định bảo hiểm được gọi là quyết định về bảo hiểm trong tài liệu này.

**Thuốc Được Đài Thọ** – Thuật ngữ chúng tôi sử dụng có nghĩa là tất cả các thuốc theo toa được Chương trình của chúng tôi đài thọ.

**Dịch vụ được Đài** **thọ** – Thuật ngữ chúng tôi sử dụng có nghĩa là tất cả các dịch vụ và tiếp liệu chăm sóc sức khỏe được Chương trình của chúng tôi đài thọ.

**Bảo Hiểm Thuốc Kê Toa Có Uy tín** – Bảo Hiểm Thuốc Kê Toa (ví dụ: từ một chủ lao động hoặc công đoàn) mà sẽ phải trả trung bình, tối thiểu nhiều như bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare. Những người có loại bảo hiểm này khi họ đủ điều kiện để được Medicare thường có thể giữ bảo hiểm đó mà không phải trả tiền phạt, nếu họ quyết định ghi danh bảo hiểm thuốc theo toa Medicare sau này.

**Chăm sóc Giám sát** – Chăm sóc giám sát là dịch vụ chăm sóc cá nhân được cung cấp trong một cơ sở điều dưỡng, nhà dưỡng lão, hoặc các cơ sở khác khi quý vị không cần được chăm sóc y tế chuyên môn hoặc chăm sóc điều dưỡng chuyên môn. Chăm sóc giám sát, do những người không có kỹ năng chuyên môn hoặc đào tạo, bao gồm giúp đỡ với các hoạt động sinh hoạt hàng ngày như tắm rửa, thay quần áo, ăn uống, lên hoặc ra khỏi giường hoặc ghế, di chuyển xung quanh và sử dụng phòng tắm. Nó cũng có thể bao gồm loại chăm sóc liên quan đến sức khỏe mà hầu hết mọi người tự làm, như sử dụng thuốc nhỏ mắt. Medicare không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc giám sát.

**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 dưới một tháng tiếp liệu một số loại thuốc nhất định cho quý vị và quý vị phải trả tiền đồng thanh toán. Mức chia sẻ chi phí hàng ngày là khoản đồng thanh toán được chia theo số ngày tiếp liệu của tháng. Ví dụ như sau: Nếu đồng thanh toán cho một lượng tiếp liệu thuốc một tháng là $30, và tiếp liệu 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 theo toa trước khi Chương trình của chúng tôi thanh toán.

**Bỏ ghi danh** hay **Rút Ghi danh** – Quy trình kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong Chương trình của chúng tôi.

**Phí Cấp Thuốc** – Khoản phí tính mỗi lần một loại thuốc được đài thọ được phân phát để thanh toán chi phí cấp đơn thuốc theo toa, chẳng hạn như thời gian dược sĩ chuẩn bị và đóng gói thuốc theo toa.

**Các Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Đủ Điều Kiện Kép (D-SNP)** – D-SNP ghi danh các cá nhân có quyền có cả Medicare (tiêu đề XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội) và sự hỗ trợ y tế từ một Chương trình của tiểu bang theo Medicaid (tiêu đề XIX). Tiểu bang đài thọ một số chi phí Medicare, tùy thuộc vào tiểu bang và tình trạng đủ điều kiện của cá nhân.

**Cá Nhân Đủ Điều** **Kiện Kép** – Một người đủ điều kiện nhận bảo hiểm Medicare và Medicaid.

**Thiết Bị Y Tế Dài Hạn (DME)** – Một số thiết bị y tế nhất định được bác sĩ yêu cầu vì các lý do y tế. Các ví dụ bao gồm: khung tập đi, xe lăn, nạng, hệ thống nệm chạy bằng điện, đồ dùng kiểm soát bệnh tiểu đường, bơm truyền IV, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị oxy, máy xông khí dung hoặc giường bệnh viện do nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu để sử dụng trong nhà.

**Cấp Cứu** – Cấp Cứu y tế là khi quý vị, hoặc bất kỳ người thận trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y tế, tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để tránh mất mạng (và, nếu quý vị là người mang thai, mất thai), mất chi, hoặc mất chức năng chi, hoặc mất hay suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y tế có thể là một căn bệnh, chấn thương, đau nặng, hoặc một tình trạng y tế nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn.

**Chăm Sóc Khẩn Cấp** – Các dịch vụ được đài thọ: 1) được cung cấp bởi một nhà cung cấp đủ trình độ để cung cấp dịch vụ khẩn cấp; và 2) cần phải điều trị, đánh giá hoặc ổn định bệnh trạng cấp cứu.

**Chứng từ Bảo hiểm (EOC) và Thông tin Tiết lộ** – Tài liệu này, cùng với biểu mẫu ghi danh và bất kỳ tài liệu đính kèm, điều khoản bổ sung, hoặc bảo hiểm tùy chọn nào khác được chọn, trong đó giải thích bảo hiểm của quý vị, chúng tôi phải làm gì, quyền của quý vị, và những gì quý vị phải làm với tư cách là thành viên của Chương trình của chúng tôi.

**Ngoại lệ** – Một khiểu quyết định bảo hiểm mà, nếu được chấp thuận, cho phép quý vị nhận được một loại thuốc không nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi (ngoại lệ về danh mục thuốc) hoặc nhận thuốc không ưu tiên ở mức chia sẻ chi phí thấp hơn (một ngoại lệ về bậc). Quý vị cũng có thể yêu cầu ngoại lệ nếu Chương trình của chúng tôi yêu cầu quý vị dùng thử một loại thuốc khác trước khi nhận thuốc mà quý vị yêu cầu, hoặc nếu Chương trình của chúng tôi giới hạn số lượng hoặc liều dùng thuốc mà quý vị đang yêu cầu (một ngoại lệ trong danh mục thuốc).

**"Hỗ trợ Bổ sung"** – Một Chương trình của Medicare hoặc một Chương trình của Tiểu bang để giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế trả cho chi phí của Chương trình thuốc theo toa của Medicare, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và khoản đồng bảo hiểm.

**Thuốc Gốc** – Một loại thuốc theo toa được Chấp thuận bởi Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) vì có (các) thành phần hoạt tính tương tự như thuốc chính hiệu. Nói chung, một loại thuốc gốc hoạt động giống như một loại thuốc chính hiệu và thường tốn ít hơn.

[*As appropriate, applicable integrated plans insert and alphabetize:* **Kết hợp**] **Khiếu nại** – Một loại than phiền mà quý vị đưa ra về Chương trình, nhà cung cấp, [hoặc nhà thuốc] của chúng tôi, bao gồm khiếu nại về chất lượng chăm sóc của quý vị. Điều này không liên quan đến bảo hiểm hoặc tranh chấp thanh toán.

**Người Trợ giúp Sức khỏe Tại nhà** – Một người cung cấp dịch vụ không cần kỹ năng của y tá hoặc nhà trị liệu được cấp phép, chẳng hạn như giúp chăm sóc cá nhân (ví dụ: tắm rửa, sử dụng nhà vệ sinh, thay quần áo, hoặc thực hiện các bài tập quy định).

**Chăm sóc cuối đời** – Một quyền lợi cung cấp điều trị đặc biệt cho một thành viên đã được chứng nhận y tế là bị bệnh giai đoạn cuối, có nghĩa là chỉ còn sống được từ 6 tháng trở xuống. Chúng tôi, Chương trình của chúng tôi, phải cung cấp cho quý vị một danh sách các cơ sở chăm sóc người hấp hối trong khu vực địa lý của quý vị. Nếu quý vị chọn cơ sở chăm sóc người hấp hối và tiếp tục trả phí bảo hiểm thì quý vị vẫn là thành viên trong Chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể vẫn nhận được tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế cũng như các khoản quyền lợi bổ sung mà chúng tôi cung cấp.

**Nằm Viện Nội Trú** – Thời gian nằm viện khiquý vị đã chính thức nhập viện để nhận các dịch vụ y tế chuyên môn. Ngay cả khi quý vị ở lại qua đêm ở bệnh viện, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú.

**Số Tiền Điều Chỉnh Hàng tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (IRMAA)** – Nếu tổng thu nhập đã điều chỉnh của quý vị như được báo cáo trên bản khai thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước vượt quá 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 gọi là IRMAA. IRMAA là khoản phụ phí bổ sung cho phí bảo hiểm của quý vị. Dưới 5% người có Medicare bị ảnh hưởng, vì vậy hầu hết mọi người sẽ không phải trả phí bảo hiểm cao hơn.

**Giới hạn Bảo hiểm Ban đầu** – Giới hạn tối đa của bảo hiểm trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu.

**Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu** – Đây là giai đoạn trước khi [*insert as applicable:* tổng chi phí thuốc bao gồm các số tiền quý vị đã trả và Chương trình của quý vị đã trả thay mặt quý vị chi phí tự trả] cho năm đạt đến *[insert as applicable: [insert 2024 initial coverage limit] OR [insert 2024 out-of-pocket threshold]*].

**Thời gian Ghi danh Ban đầu** – Khi quý vị đủ điều kiện lần đầu tiên tham gia Medicare, khoảng thời gian quý vị có thể đăng ký Medicare Phần A và Phần B. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare khi quý vị bước sang tuổi 65, Giai Đoạn Ghi Danh Ban Đầu của quý vị là giai đoạn 7 tháng bắt đầu 3 tháng trước khi tháng quý vị bước sang tuổi 65, bao gồm tháng quý vị bước sang tuổi 65 và kết thúc 3 tháng sau tháng quý vị bước sang 65.

**Chương trình Nhu cầu Đặc biệt của Tổ chức (SNP)** – Một Chương trình ghi danh các cá nhân đủ điều kiện liên tục cư trú hoặc dự kiến sẽ liên tục cư trú trong 90 ngày trở lên trong một cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC). Các cơ sở này có thể bao gồm cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF), cơ sở điều dưỡng (NF), (SNF/NF), Cơ sở Chăm sóc Trung cấp dành cho Cá nhân Bị 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 đài thọ theo Medicare Phần A, Medicare Phần B hoặc Medicaid; và những người cư trú có các nhu cầu và tình trạng y tế tương tự như các loại cơ sở được đặt tên khác. Một Chương trình Nhu cầu Đặc biệt của tổ chức phải có thỏa thuận hợp đồng với (hoặc sở hữu và hoạt động) (các) cơ sở LTC cụ thể.

**Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Tương đương của Tổ chức (SNP)** – Một Chương trình ghi danh các cá nhân đủ điều kiện sống trong cộng đồng nhưng yêu cầu mức độ chăm sóc của tổ chức dựa trên đánh giá của Tiểu bang. Đánh giá phải được thực hiện bằng cách sử dụng cùng một công cụ đánh giá chăm sóc cấp Tiểu bang tương ứng và do một thực thể khác ngoài tổ chức cung cấp Chương trình. Loại Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt này có thể hạn chế việc ghi danh cho các cá nhân sống trong một cơ sở sinh hoạt có hợp đồng hỗ trợ (ALF) nếu cần thiết để đảm bảo cung cấp thống nhất dịch vụ chăm sóc chuyên khoa.

**Danh sách Thuốc Được Đài thọ (Danh mục thuốc hoặc Danh sách Thuốc")** – Danh sách thuốc theo toa được Chương trình đài thọ.

**Trợ cấp Thu nhập thấp (LIS)** – Xem "Hỗ trợ Bổ sung" (Extra Help).

**Số tiền Xuất Túi Tối đa** – Phần tối đa quý vị tự trả trong năm dương lịch cho các dịch vụ được đài thọ [*insert if applicable:* Dịch vụ Phần A và Phần B]. *[Plans without a premium revise the following sentence as needed.]* Các khoản tiền quý vị chi trả cho phí bảo hiểm Chương trình của quý vị, phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B và thuốc theo toa không được tính vào số tiền tự trả tối đa. [*Plans with service category MOOPs insert:* Ngoài số tiền tự trả tối đa cho các dịch vụ y tế được đài thọ [*insert if applicable:* Phần A và Phần B], chúng tôi cũng có số tiền tự trả tối đa cho một số loại dịch vụ nhất định.] *[Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Nếu quý vị đủ điều kiện được hưởng hỗ trợ chia sẻ chi phí của Medicare theo Medicaid, quý vị không chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào tính vào số tiền tự trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ.] (**Lưu ý:** Bởi vì các thành viên của chúng tôi cũng nhận được sự hỗ trợ từ Medicaid, nên rất ít hội viên nào đạt được mức tự trả tối đa này.)

**Medicaid (hoặc Hỗ trợ Y tế)** – Một Chương trình liên bang và tiểu bang kết hợp giúp đỡ về chi phí y tế cho một số người có thu nhập thấp và các nguồn lực hạn chế. Các Chương trình Medicaid của Tiểu Bang khác nhau, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe được đài thọ nếu quý vị đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medicaid.

**Chỉ Định Được Chấp Nhận Về 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 sách tham khảo nhất định.

**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 hành nghề y tế đã 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 nhất định và những người bị Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (thường là những người bị suy thận vĩnh viễn cần lọc thận hoặc ghép thận).

**Thời Gian Ghi Danh Mở Medicare Advantage** –Khoảng thời gian từ ngày 1 tháng Một đến ngày 31 tháng Ba khi các thành viên trong một Chương trình Medicare Advantage có thể hủy ghi danh Chương trình của họ và chuyển sang một Chương trình Medicare Advantage khác, hoặc nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn chuyển sang Original Medicare trong thời gian này, quý vị cũng có thể tham gia một Chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare vào thời điểm đó. Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage cũng có trong khoảng thời gian 3 tháng sau khi một cá nhân đủ điều kiện để được Medicare lần đầu tiên.

**Chương trình Medicare Advantage (MA) –** Đôi khi được gọi là Medicare Phần C. Một Chương trình do một công ty tư nhân cung cấp có hợp đồng với Medicare để cung cấp cho quý vị tất cả các quyền lợi Medicare Phần A và Phần B của quý vị. Chương trình Medicare Advantage có thể là một Chương trình HMO, ii) PPO, iii) Chương trình Phí cho Dịch vụ Tư nhân (PFFS) hoặc iv) Chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế Medicare (MSA). Bên cạnh việc chọn từ những loại Chương trình này, một Chương trình Medicare Advantage HMO hoặc PPO cũng có thể là Một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (SNP). Trong hầu hết các trường hợp, Medicare Advantage Plans cũng cung cấp Medicare Phần D (bảo hiểm thuốc theo toa). Các Chương trình này được gọi là **Chương trình Medicare Advantage với Bảo hiểm Thuốc Kê đơn**.

[*Insert cost plan definition only if you are a Medicare Cost Plan or there is one in your service area:* **Chương trình Chi phí Medicare** – Chương trình Chi phí Medicare là một Chương trình được điều hành bởi Tổ chức Duy trì Sức khỏe (HMO) hoặc Chương trình Y tế Cạnh tranh (CMP) theo hợp đồng bồi hoàn chi phí theo mục 1876 (h) của Đạo Luật.]

**Chương Trình Giảm Giá Giai Đoạn Khoảng Trống Bảo Hiểm Medicare** – Một Chương trình cung cấp giảm giá cho hầu hết các thuốc chính hiệu Phần D được bảo hiểm nhất cho các thành viên Phần D đã đạt đến Giai đoạn Bảo hiểm và chưa nhận được "Hỗ trợ Bổ sung" Giảm giá được dựa trên thỏa thuận giữa chính phủ Liên bang và một số nhà sản xuất thuốc.

**Dịch vụ được Medicare Đài thọ** – Các dịch vụ được Medicare Phần A và Phần B đài thọ. Tất cả các Chương trình sức khỏe của Medicare phải bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ được Medicare Phần A và B đài thọ. Thuật ngữ Dịch vụ được Medicare Đài thọ không bao gồm các quyền lợi bổ sung, chẳng hạn như nhãn khoa, nha khoa hoặc thính giác, mà một Chương trình Medicare Advantage có thể cung cấp.

**Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế Medicare** – Một Chương trình sức khỏe Medicare được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare để cung cấp các quyền lợi Phần A và Phần B cho những người có Medicare ghi danh vào Chương trình. Thuật ngữ này bao gồm tất cả các Chương Trình Medicare Advantage, Chương Trình Chi Phí Medicare, Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt, Chương Trình Điển Hình/Chương Trình Thí Điểm và Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện Cho Người Cao Tuổi (PACE).

**Bảo hiểm Thuốc Kê toa của Medicare (Medicare Phần D)** – Bảo hiểm để giúp thanh toán cho các loại thuốc theo toa, vắc-xin, thuốc sinh học và một số vật tư không được Medicare Phần A hoặc Phần B đài thọ.

**Hợp đồng Medigap (Medicare Supplement Insurance)** – Bảo hiểm bổ sung Medicare được bán bởi các công ty bảo hiểm tư nhân để lấp đầy khoảng trống trong Original Medicare. Hợp đồng bảo hiểm Medigap chỉ áp dụng với Original Medicare. (Chương trình Medicare Advantage không phải là hợp đồng Medigap.)

**Thành viên (Thành viên Chương trình của chúng tôi, hoặc Thành viên Chương trình)** – Một người có Medicare đủ điều kiện nhận các dịch vụ được đài thọ, đã ghi danh vào Chương trình của chúng tôi, và đã được các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) xác nhận.

**Dịch Vụ Thành** **Viên** – Một bộ phận trong Chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm trả lời thắc mắc của quý vị về tư cách thành viên, quyền lợi, khiếu nại và kháng nghị của quý vị.

**Nhà thuốc Trong Mạng Lưới** – Một hiệu thuốc có hợp đồng với Chương trình của chúng tôi nơi các thành viên trong Chương trình của chúng tôi có thể nhận được các quyền lợi thuốc theo toa của họ. Trong hầu hết các trường hợp, thuốc theo toa của quý vị chỉ được đài thọ nếu chúng được mua tại một trong những nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

**Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới** – Nhà Cung Cấp là thuật ngữ chung cho các bác sĩ, 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. **Các nhà cung cấp trong mạng lưới** có thỏa thuận với Chương trình của chúng tôi để chấp nhận việc thanh toán của chúng tôi là thanh toán đầy đủ, và trong một số trường hợp để phối hợp cũng như cung cấp các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của Chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới còn được gọi là "nhà cung cấp của Chương trình."

[*Include if applicable:* **Quyền lợi Bổ sung Tùy chọn** – các quyền lợi được Medicare đài thọ có thể được mua với một khoản phí bảo hiểm bổ sung và không có trong gói quyền lợi của quý vị. Quý vị phải tự nguyện chọn Quyền lợi Bổ sung Tùy chọn thì mới nhận được chúng.]

[*As appropriate, applicable integrated plans insert and alphabetize:***Kết hợp**]**Quyết định của Tổ chức** – Quyết định mà Chương trình của chúng tôi đưa ra về việc các mặt hàng hoặc dịch vụ có được đài thọ hay không hoặc số tiền quý vị phải trả cho các vật tư hoặc dịch vụ được đài thọ. Quyết định của tổ chức được gọi là quyết định về bảo hiểm trong tài liệu này.

**Original Medicare** (Traditional Medicare hay Fee-for-service Medicare) – Original Medicare được chính phủ cung cấp và không phải là một Chương trình sức khỏe tư nhân như các Chương trình Medicare Advantage và các Chương trình thuốc theo toa. Theo Original Medicare, các dịch vụ Medicare được đài thọ bằng việc trả các khoản thanh toán của bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác mà Quốc hội quy định. Quý vị có thể 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 thanh toán khoản chia sẻ của số tiền được Medicare phê chuẩn và quý vị thanh toán khoản chia sẻ 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 nơi ở Hoa Kỳ.

**Nhà thuốc ngoài Mạng lưới** – Một hiệu thuốc không có hợp đồng với Chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp thuốc được đài thọ cho các thành 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 đài thọ trừ khi một số điều kiện nhất định được áp dụng.

**Nhà cung cấp ngoài** **mạng lưới hoặc Cơ sở Ngoài Mạng lưới** – một nhà cung cấp hoặc cơ sở không có hợp đồng với Chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của Chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới là các nhà cung cấp không được Chương trình của chúng tôi sử dụng, sở hữu hoặc điều hành.

**Chi phí xuất túi** – Xem định nghĩa về chia sẻ chi phí ở trên. Yêu cầu chia sẻ chi phí của thành viên để thanh toán cho một phần dịch vụ hoặc thuốc nhận được cũng được gọi là yêu cầu chi phí tự trả của thành viên.

[*Insert PACE plan definition only if there is a PACE plan in your state:* **Chương trình PACE** – Chương trình PACE (Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện Cho Người Cao Tuổi) kết hợp các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) cho những người ốm yếu để giúp mọi người sống độc lập và sống trong cộng đồng của họ (thay vì chuyển đến một cơ sở điều dưỡng) càng lâu càng tốt. Những người ghi danh vào các Chương trình PACE đều nhận được cả các quyền lợi Medicare và Medicaid của họ thông qua Chương trình.]

**Phần C** – xem Chương trình Medicare Advantage (MA).

**Phần D** – Chương Trình Quyền lợi Thuốc Theo Toa tự nguyện.

**Thuốc Phần D** – Các loại thuốc có thể được đài thọ theo Phần D. Chúng tôi có thể đã hoặc có thể chưa được cung cấp tất cả thuốc Phần D. Một số nhóm thuốc đã bị loại khỏi bảo hiểm Phần D bởi Quốc hội. Một số loại thuốc Phần D nhất định phải được mọi Chương trình chi trả.

**Khoản Phạt Ghi Danh Trễ Phần D** – Một khoản tiền được thêm vào phí bảo hiểm thuốc hàng tháng của quý vị cho bảo hiểm thuốc Medicare nếu quý vị không có bảo hiểm có uy tín (bảo hiểm dự kiến sẽ phải trả, trung bình, ít nhất nhiều như bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare) trong khoảng thời gian liên tục từ 63 ngày trở lên sau khi quý vị đủ điều kiện để tham gia Chương trình Phần D lần đầu tiên. Nếu mất Hỗ trợ Bổ sung, quý vị có thể phải chịu khoản phạt ghi danh trễ nếu quý vị có 63 ngày trở lên liên tiếp mà không có Phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín khác.

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in addition to those offering standard cost- sharing:*

**Chia sẻ Chi phí Ưu** **tiên** – Chia sẻ chi phí ưu tiên có nghĩa là chia sẻ chi phí thấp hơn cho một số thuốc Phần D được đài thọ nhất định tại một số nhà thuốc trong mạng lưới nhất định.]

**Chương Trình Tổ Chức Nhà Cung Cấp Ưu Tiên (Preferred Provider Organization, PPO)** – Chương trình Tổ chức Nhà Cung cấp Ưu tiên là Một Chương Trình Medicare Advantage có mạng lưới các nhà cung cấp có hợp đồng đã đồng ý điều trị cho các thành viên của Chương trình với một khoản thanh toán cụ thể. Chương trình PPO phải đài thọ cho tất cả các quyền lợi của Chương trình bất kể chúng được nhận từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hay ngoài mạng lưới. Phần chia sẻ chi phí của thành viên thường sẽ cao hơn khi các quyền lợi của Chương trình được nhận từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Các Chương trình PPO có giới hạn hàng năm đối với chi phí tự trả của quý vị đối với các dịch vụ nhận được từ các nhà cung cấp trong mạng lưới (ưu tiên) và giới hạn cao hơn trên tổng chi phí tự trả kết hợp của quý vị cho các dịch vụ từ cả nhà cung cấp trong mạng lưới (ưu tiên) và ngoài mạng lưới (không ưu tiên).

**Phí Bảo Hiểm** – Khoản thanh toán định kỳ cho Medicare, một công ty bảo hiểm, hoặc một Chương trình chăm sóc sức khỏe cho bảo hiểm y tế hoặc thuốc theo toa.

*[Plans that do not use PCPs, omit]* [*insert as appropriate:* **Bác sĩ** *OR* **Nhà cung cấp dịch vụ**] **chăm sóc chính (PCP)** – Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị khám trước đối với hầu hết các vấn đề sức khỏe. Trong nhiều Chương trình sức khỏe Medicare, quý vị phải gặp nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình trước khi quý vị gặp bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.

**Ủy Quyền Trước** – *[Plans may delete applicable words or sentences if it does not require prior authorization for any medical services and/or any drugs.]* Phê duyệt trước để nhận các dịch vụ hoặc một số loại thuốc nhất định. Các dịch vụ được đài thọ cần cho phép trước được đánh dấu trong Biểu Quyền lợi trong Chương 4. Các thuốc được đài thọ cần cho phép trước được đánh dấu trong danh mục thuốc.

**Bộ phận giả và Chỉnh hình** – Các thiết bị y tế bao gồm, nhưng không giới hạn ở, nẹp cánh tay, lưng và cổ; chi nhân tạo; mắt nhân tạo; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận hoặc chức năng bên trong cơ thể, bao gồm đồ dùng điều trị loãng xương và liệu pháp dinh dưỡng đường ruột và ngoài ruột.

**Tổ chức Cải thiện Chất lượng (QIO)** – Một nhóm các bác sĩ thực hành và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác đã được chính phủ Liên bang trả tiền để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc được cung cấp cho bệnh nhân Medicare.

**Giới hạn số** **lượng** – Một công cụ quản lý được thiết kế để hạn chế việc sử dụng các loại thuốc đã chọn vì lý do chất lượng, an toàn hoặc sử dụng. Giới hạn có thể là vào lượng thuốc mà chúng tôi đài thọ theo toa hoặc trong một khoảng thời gian được xác định.

**Công Cụ Quyền lợi Tức Thời** – Một cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính để người ghi danh có thể tra cứu thông tin đầy đủ, chính xác, kịp thời, phù hợp với lâm sàng, danh mục sản phẩm cụ thể dành cho người ghi danh và thông tin quyền lợi. Điều này bao gồm các khoản chia sẻ chi phí, các loại thuốc nằm trong danh mục thuốc thay thế có thể được sử dụng cho cùng bệnh trạng như một loại thuốc nhất định và giới hạn bảo hiểm (Ủy quyền Trước, Liệu pháp Từng Bước, Giới hạn số lượng) áp dụng cho các thuốc thay thế.

**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 liệu pháp chức năng.

**Vùng Dịch Vụ** – Một khu vực địa lý nơi quý vị phải sống để tham gia một Chương trình sức khỏe cụ thể. Đối với những Chương trình giới hạn bác sĩ và bệnh viện quý vị nào có thể sử dụng, nó cũng thường là khu vực mà quý vị có thể nhận các dịch vụ thường xuyên (không phải cấp cứu). Chương trình phải bỏ ghi danh cho quý vị nếu quý vị chuyển vĩnh viễn ra khỏi khu vực dịch vụ của Chương trình.

**Chăm sóc Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn (SNF)** – Dịch vụ điều dưỡng và phục hồi chức năng chuyên môn được cung cấp liên tục hàng ngày tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Các ví dụ chăm sóc bao gồm vật lý trị liệu hoặc tiêm tĩnh mạch chỉ có thể được cung cấp bởi một y tá chuẩn định hoặc bác sĩ.

**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 một cơ sở điều dưỡng hoặc có một số bệnh trạng mạn tính nhất định.

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in addition to those offering standard cost sharing:*

**Chia sẻ Chi phí Tiêu chuẩn** – Chia sẻ chi phí tiêu chuẩn là chia sẻ chi phí khác với chia sẻ chi phí ưu tiên được cung cấp tại một hiệu thuốc trong mạng lưới.]

**Liệu pháp Từng Bước** – Một công cụ về sử dụng, yêu cầu quý vị trước tiên thử một loại thuốc khác để điều trị bệnh trạng của quý vị trước khi chúng tôi đài thọ thuốc mà bác sĩ của quý vị có thể đã kê toa ban đầu.

**Thu Nhập An Sinh Bổ** **Sung (SSI)** **–** Một quyền lợi hàng tháng do Sở An sinh Xã hội chi trả cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế bị khuyết tật, khiếm thị, hoặc từ 65 tuổi trở lên. Các quyền lợi của SSI không giống với các quyền lợi An Sinh Xã Hội.

**Dịch vụ Khẩn cấp cần thiết** – Dịch vụ được đài thọ không phải là dịch vụ cấp cứu, được cung cấp khi các nhà cung cấp trong mạng lưới tạm thời không làm việc hoặc không thể tiếp cận hoặc khi người ghi danh ra khỏi khu vực dịch vụ. Ví dụ, quý vị cần được chăm sóc ngay lập tức vào cuối tuần. Dịch vụ phải cần ngay lập tức và cần thiết về mặt y tế.

*[This is the back cover for the EOC. Plans may add a logo and/or photographs, as long as these elements do not make it difficult for members to find and read the plan contact information.]*

*[Insert 2024 plan name]* Dịch vụ Thành viên

| Phương pháp | Dịch Vụ Thành Viên – Thông Tin Liên Hệ |
| --- | --- |
| **GỌI** | *[Insert phone number(s)]*  Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  Dịch vụ Thành viên cũng có sẵn dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí cho người không nói tiếng Anh. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Số điện thoại này đòi hỏi thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.]  Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **FAX** | *[Optional:* *insert fax number]* |
| **GỬI THƯ** | *[Insert address]*  *[****Note:*** *plans may add email addresses here.]* |
| **TRANG WEB** | *[Insert URL]* |

*[Insert state-specific SHIP name]* [*If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)]

*[Insert state-specific SHIP name]* là một Chương trình của tiểu bang nhận được tiền từ chính phủ Liên bang để cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm y tế địa phương miễn phí cho những người có Medicare.

*[Plans with multi-state EOCs revise heading and sentence above to use State Health Insurance Assistance Program, omit table, and reference exhibit or EOC section with SHIP information.]*

| Phương pháp | Thông Tin Liên Hệ |
| --- | --- |
| **GỌI** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Số điện thoại này đòi hỏi thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói.] |
| **GỬI THƯ** | *[Insert address]* |
| **TRANG WEB** | *[Insert URL]* |

***Tuyên bố tiết lộ PRA*** *Theo Đạo Luật Giảm Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không người nào phải trả lời một bản thu thập thông tin trừ khi trên bản đó có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ của bản thu thập thông tin này là 0938-1051. Nếu quý vị có nhận xét 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.*