**[2024 EOC model]**

**Ngày 1 Tháng Một – Ngày 31 Tháng Mười Hai, 2024**

**Chứng từ Bảo hiểm:**

**Bảo hiểm Thuốc Kê toa Medicare của quý vị với tư cách là Thành viên của *[insert 2024 plan name] [insert plan type]***

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

Tài liệu này cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về bảo hiểm thuốc kê toa Medicare 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 Part D sponsor name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required Part D sponsor names throughout this document]*. (Khi *Chứng từ Bảo hiểm* này nói"chúng tôi", hoặc "của chúng tôi", điều đó có nghĩa là *[insert Part D sponsor name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required Part D sponsor names].* Khi tài liệu này nói "chương trình" hoặc "chương trình của chúng tôi", điều đó 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) 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.

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;
* Quyền lợi 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* 4](#_Toc145347923)

[PHẦN 1 Giới thiệu 5](#_Toc145347924)

[PHẦN 2 Quý vị phải hội đủ những tiêu chuẩn gì thì mới được làm thành viên của chương trình? 6](#_Toc145347925)

[PHẦN 3 Các tài liệu thành viên quan trọng mà quý vị sẽ nhận được 7](#_Toc145347926)

[PHẦN 4 Chi phí hàng tháng của quý vị cho *[insert 2024 plan name]* 9](#_Toc145347927)

[PHẦN 5 Thêm thông tin về phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị 13](#_Toc145347928)

[PHẦN 6 Cập nhật hồ sơ thành viên chương trình 15](#_Toc145347929)

[PHẦN 7 Cách bảo hiểm khác hoạt động với chương trình của chúng tôi 16](#_Toc145347930)

[CHƯƠNG 2: C*ác số điện thoại và tài nguyên quan trọng* 18](#_Toc145347931)

[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) 19](#_Toc145347932)

[PHẦN 2 Medicare (cách nhận trợ giúp và thông tin trực tiếp từ chương trình Medicare Liên Bang) 22](#_Toc145347933)

[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) 24](#_Toc145347934)

[PHẦN 4 Tổ chức Cải thiện Chất lượng 25](#_Toc145347935)

[PHẦN 5 An Sinh Xã Hội 26](#_Toc145347936)

[PHẦN 6 Medicaid 27](#_Toc145347937)

[PHẦN 7 Thông tin về các chương trình giúp mọi người thanh toán cho thuốc theo toa của họ 28](#_Toc145347938)

[PHẦN 8 Cách liên lạc với Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa 31](#_Toc145347939)

[PHẦN 9 Quý vị có bảo hiểm nhóm hoặc bảo hiểm y tế khác từ một chủ lao động không? 32](#_Toc145347940)

[CHƯƠNG 3: *Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho thuốc theo toa Phần D* 33](#_Toc145347941)

[PHẦN 1 Giới thiệu 34](#_Toc145347942)

[PHẦN 2 Mua đơn thuốc của 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] 35](#_Toc145347943)

[PHẦN 3 Thuốc của quý vị cần phải có trong "Danh sách Thuốc" của chương trình 40](#_Toc145347944)

[PHẦN 4 Có giới hạn về bảo hiểm cho một số loại thuốc 42](#_Toc145347945)

[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? 44](#_Toc145347946)

[PHẦN 6 Điều gì sẽ xảy ra nếu bảo hiểm của quý vị thay đổi cho một trong các loại thuốc của quý vị? 47](#_Toc145347947)

[PHẦN 7 Những loại thuốc nào *không* được chương trình đài thọ? 51](#_Toc145347948)

[PHẦN 8 Mua toa thuốc 52](#_Toc145347949)

[PHẦN 9 Bảo hiểm thuốc Phần D trong những tình huống đặc biệt 53](#_Toc145347950)

[PHẦN 10 Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc 55](#_Toc145347951)

[CHƯƠNG 4: *Quý vị trả những gì cho thuốc theo toa Phần D của quý vị* 58](#_Toc145347952)

[PHẦN 1 Giới thiệu 59](#_Toc145347953)

[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 62](#_Toc145347954)

[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 62](#_Toc145347955)

[PHẦN 4 Trong Giai Đoạn Khấu Trừ, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc *[insert drug tiers if applicable]* của mình 64](#_Toc145347956)

[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 65](#_Toc145347957)

[PHẦN 6 Chi phí trong Giai đoạn Khoảng trống Bảo hiểm 70](#_Toc145347958)

[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 71](#_Toc145347959)

[PHẦN 8 Thông tin quyền lợi bổ sung 71](#_Toc145347960)

[PHẦN 9 Vắc-xin Phần D. Những gì quý vị thanh toán phụ thuộc vào cách thức và nơi quý vị nhận được chúng 71](#_Toc145347961)

[CHƯƠNG 5: *Đề nghị chúng tôi trả Phần chi phí cho thuốc được đài thọ* 75](#_Toc145347962)

[PHẦN 1 Những tình huống quý vị nên yêu cầu chúng tôi trả Phần chia sẻ chi phí thuốc của chúng tôi đối với thuốc được đài thọ của quý vị 76](#_Toc145347963)

[PHẦN 2 Cách yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị 77](#_Toc145347964)

[PHẦN 3 Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và nói có   
hoặc không 78](#_Toc145347965)

[CHƯƠNG 6: *Các quyền và trách nhiệm của quý vị* 79](#_Toc145347966)

[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 80](#_Toc145347967)

[PHẦN 2 Quý vị có một số trách nhiệm với tư cách là thành viên của   
chương trình 85](#_Toc145347968)

[CHƯƠNG 7: *Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định về bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)* 87](#_Toc145347969)

[PHẦN 1 Giới thiệu 88](#_Toc145347970)

[PHẦN 2 Nơi nhận thêm thông tin và hỗ trợ được cá nhân hóa 89](#_Toc145347971)

[PHẦN 3 Để giải quyết vấn đề của quý vị, quý vị nên sử dụng quy trình nào? 89](#_Toc145347972)

[PHẦN 4 Hướng dẫn về những thông tin cơ bản về các quyết định bảo hiểm và kháng nghị 90](#_Toc145347973)

[PHẦN 5 Thuốc theo toa Phần D của quý vị: Làm thế nào để yêu cầu quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị 92](#_Toc145347974)

[PHẦN 6 Thực hiện kháng nghị của quý vị đến Cấp 3 và cao hơn 103](#_Toc145347975)

[PHẦN 7 Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các quan ngại khác 105](#_Toc145347976)

[CHƯƠNG 8: *Chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình* 108](#_Toc145347977)

[PHẦN 1 Giới thiệu về việc kết thúc tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi 109](#_Toc145347978)

[PHẦN 2 Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi khi nào? 109](#_Toc145347979)

[PHẦN 3 Quý vị chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi như thế nào? 112](#_Toc145347980)

[PHẦN 4 Cho đến khi kết thúc tư cách thành viên, quý vị phải tiếp tục nhận thuốc thông qua chương trình của chúng tôi 113](#_Toc145347981)

[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 113](#_Toc145347982)

[CHƯƠNG 9: *Thông báo pháp lý* 116](#_Toc145347983)

[PHẦN 1 Thông báo về luật pháp quản lý 117](#_Toc145347984)

[PHẦN 2 Thông báo về không phân biệt chủng tộc 117](#_Toc145347985)

[PHẦN 3 Thông báo về quyền thay thế Người Thanh toán Thứ cấp Medicare 117](#_Toc145347986)

[CHƯƠNG 10: *Định nghĩa các từ quan trọng* 119](#_Toc145347987)

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

### PHẦN 1 Giới thiệu

#### Phần 1.1 Quý vị đã ghi danh vào *[insert 2024 plan name]*, là một Chương Trình Thuốc Theo Toa Medicare

Quý vị được Original Medicare hoặc một chương trình sức khỏe khác đài thọ cho bảo hiểm sức khỏe, và quý vị đã chọn nhận bảo hiểm thuốc Medicare thông qua chương trình của chúng tôi, *[insert 2024 plan name]*.

*[Insert 2024 plan name]* là một chương trình thuốc theo toa của Medicare. Giống như tất cả các chương trình Medicare, chương trình thuốc theo toa của Medicare này, được Medicare phê duyệt và do một công ty tư nhân quản lý.

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

Tài liệu *Chứng từ Bảo hiểm* này cho quý vị biết cách nhận thuốc theo toa của mình. 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 thuốc được đài thọ* có nghĩa là bảo hiểm thuốc dành cho quý vị với tư cách thành viên 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 bảo hiểm 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 dịch vụ 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 sau ngày 31 Tháng Mười Hai, 2024.

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 về điều kiện hội đủ của quý vị

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

* Quý vị có Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B (hoặc quý vị có cả Phần A và Phần B)
* -- *và* -- quý vị là công dân Hoa Kỳ hoặc có mặt hợp pháp tại Hoa Kỳ
* *-- và --* quý vị sống trong khu vực dịch vụ địa lý của chúng tôi (Phần 2.2 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.

#### Phần 2.2 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 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. Examples of the format for describing the service area are provided below:*   
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]*]

[*Optional info: multi-state plans may include the following:* 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:* hoặc lãnh thổ] và vào một tiểu bang [*insert if applicable:* hoặc lãnh thổ] 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 this paragraph.]*

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 2.3 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 thành viên quan trọng mà quý vị sẽ nhận được

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

Trong khi quý vị là thành viên của chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng thẻ thành viên của mình cho các thuốc theo toa mà quý vị nhận được tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị cũng nên trình cho nhà cung cấp thẻ Medicaid của mình nếu thích hợp. 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).]*

Vui lòng luôn mang theo thẻ và nhớ trình thẻ khi quý vị nhận thuốc được đài thọ. 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.

Quý vị có thể cần sử dụng thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh để nhận các dịch vụ và chăm sóc y tế được đài thọ theo Original Medicare.

#### Phần 3.2 Danh mục Nhà thuốc

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 3, Phần 2.5 để biết thông tin về khi nào quý vị có thể sử dụng các hiệu thuốc không ở trong mạng lưới 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 Ban 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 3.3 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 của "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]*

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)
* Khoản phạt ghi danh trễ Phần D (Phần 4.3)
* Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (Phần 4.4)

Trong một số trường hợp, phí bảo hiểm chương trình của quý vị có thể 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:* đã bao gồm *OR* gửi cho quý vị] một Phần kèm theo riêng biệt, được gọi là *Phụ Lục của Chứng Từ Bảo Hiểm dành cho Những Người Nhận Hỗ Trợ Bổ Sung Thanh Toán cho Thuốc Mua Theo Toa* (còn được gọi là "Phụ Lục về Trợ Cấp Thu nhập thấp" hoặc "Phụ Lục LIS"), cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của quý vị. Nếu quý vị không nhận được tờ này, vui lòng gọi Ban Dịch vụ Thành viên và yêu cầu "Phụ Lục 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 có tên 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

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 of 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]*]*.*

[*Insert if applicable:* Bảo hiểm của quý vị được cung cấp thông qua hợp đồng với chủ lao động hiện tại, chủ lao động cũ hay công đoàn cũ của quý vị. Vui lòng liên hệ với quản trị viên quyền lợi của nhà tuyển dụng hoặc công đoàn để biết thông tin về phí bảo hiểm chương trình của quý vị.]

#### 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 with no monthly premium, omit:* Ngoài việc trả phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình,] **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 Khoản phạt ghi danh trễ Phần D

Một số thành viên phải nộp **phạt ghi** **danh trễ** Phần D. 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.

Phần D phạt ghi danh trễ được thêm vào phí bảo hiểm hàng tháng hoặc hàng quý của quý vị. *[Plans that do not allow quarterly premium payments, omit the quarterly portion of the sentence above.]* Khi quý vị ghi danh lần đầu vào *[insert 2024 plan name],* chúng tôi sẽ báo cho quý vị về khoản phạt. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Nếu quý vị không trả tiền phạt ghi danh muộn Phần D của mình, quý vị có thể mất các quyền lợi thuốc theo toa của mình.]

[*Plans with no plan premium, delete the first sentence in the paragraph above and continue with the remainder of the paragraph.*]

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 nó 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:

* Nếu quý vị đã có 63 ngày trở lên mà không có Phần D hoặc bảo hiểm thuốc kê đơn có uy tín khác sau khi quý vị lần đầu đủ điều kiện để ghi danh vào Phần D, chương trình sẽ tính số tháng đầy đủ mà quý vị không có bảo hiểm. 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%.
* Sau 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:* Đối với 2024, số tiền phí bảo hiểm trung bình này là $*[insert 2024 national base beneficiary premium]* *OR* Cho 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, nó 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** 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 4.4 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 premium: Rename this section:* Nếu quý vị trả phạt ghi danh trễ Phần D, có một số cách để quý vị có thể trả tiền phạt, *and use the alternative text as instructed below.]*

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

[*Plans without a monthly premium: Replace the preceding two paragraphs with the following:* Có *[insert number of payment options]* cách để quý vị trả tiền phạt. *[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/penalty 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 [*plans with a premium insert:* plan premium] [*plans without a premium insert:* Khoản phạt ghi danh trễ Phần D].** Nếu quý vị quyết định thay đổi tùy chọn quý vị trả [*plans with a premium insert:* phí bảo hiểm chương trình] [*plans without a premium insert:* Phạt ghi danh trễ Phần D], phương thức thanh toán mới của quý vị có thể có hiệu lực tối đa ba tháng. 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 [*plans with a premium insert:* phí bảo hiểm chương trình] [*plans without a premium insert:* phạt ghi danh muộn Phần D] 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 phí bảo hiểm chương trình

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

Phí bảo hiểm chương trình của quý vị phải trả trước ngày *[insert day of the month]*. *[Plans with no premium:* Nếu quý vị phải trả khoản phạt ghi danh trễ Phần D, khoản phạt đó phải trả cho văn phòng 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 phí bảo hiểm của quý vị trong vòng *[insert length of plan grace period]*.

Nếu quý vị gặp khó khăn để trả tiền 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 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 phí bảo hiểm, quý vị vẫn sẽ có bảo hiểm y tế theo Original Medicare. Ngoài ra, quý vị có thể không nhận được bảo hiểm Phần D cho đến năm sau nếu quý vị ghi danh vào một chương trình mới trong thời gian ghi danh hàng năm. (Nếu quý vị không có bảo hiểm thuốc uy tín trong hơn 63 ngày, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D chừng nào quý vị còn bảo hiểm Phần D.)

[*Insert if applicable:* Vào lúc chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của quý vị, quý vị vẫn có thể nợ chúng tôi khoản 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 một cách sai trái, quý vị có thể khiếu nại (còn gọi là than phiền); xem Chương 7 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] [*plans without a premium insert:* khoản phạt ghi danh muộn Phần D, nếu nợ,] 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 7, Phần 7 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 thực hiện yêu cầu của mình không quá 60 ngày sau ngày kết thúc tư cách thành viên.

#### 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.

### 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. Nó cho thấy bảo hiểm chương trình cụ thể của quý vị.

Các dược sĩ 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 thuốc gì và số tiền 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 hay thuốc 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 cho 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 bên chịu trách nhiệm được chỉ định của quý vị (như người chăm sóc) thay đổi

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.

### 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, các chương trình sức khỏe nhóm của chủ lao động, và/hoặc Medigap đã trả.

## CHƯƠNG 2: C*ác 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 là 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 D coverage determinations, appeals, and/or complaints, you may combine the appropriate sections below.]*

Cách liên lạc với chúng tôi khi quý vị đề nghị quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị

Quyết định về bảo hiểm là quyết định mà chúng tôi đưa ra về bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ chi trả cho thuốc kê toa Phần D của quý vị. 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 thuốc theo toa Phần D của quý vị, hãy xem Chương 7 *(Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)).*

| Phương pháp | **Quyết Định Và Kháng Nghị Bảo Hiểm đối với thuốc theo toa Phần D – 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 coverage 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 coverage determinations, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note:*** *If you have a different fax number for accepting expedited coverage determinations, also include that number here.]* |
| **GỬI THƯ** | *[Insert address]* *[****Note:*** *If you have a different address for accepting expedited coverage determinations, also include that address here.]*  *[****Note:*** *plans may add email addresses here.]* |
| **TRANG WEB** | *[Optional:* *Insert URL]* |

Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị đang khiếu nại

Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc một trong các 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 cách khiếu nại, xem Chương 7 *(Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định về bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại))*.

| Phương pháp | Khiếu nại – 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 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 MẠNG CỦA MEDICARE** | Quý vị có thể nộp khiếu nại về *[insert 2024 plan name]* trực tiếp tới 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 cần gửi yêu cầu yêu cầu chúng tôi thanh toán cho Phần chi phí của loại thuốc quý vị nhận được

Quá trình xác định bảo hiểm bao gồm việc xác định các yêu cầu thanh toán cho Phần của chúng tôi trong chi phí của một loại thuốc mà quý vị đã nhận được. Nếu quý vị đã nhận được hóa đơn hoặc thanh toán cho thuốc (như hóa đơn của nhà thuốc) 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 thuốc, xem Chương 5 *(Yêu cầu chúng tôi trả Phần chi phí cho các 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 7 *(Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định về bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại))* để biết thêm thông tin.

| 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 Chương trình Thuốc Kê đơn của Medicare, bao gồm cả 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 tới 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 (Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang hay SHIP), and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list information for all states in which the plan is filed, and should refer to that exhibit below.]*

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 Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang 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*.] Trong *[insert state*], SHIP gọi 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.

*[Insert state-specific SHIP name]* các cố vấn 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]* [*Nếu tên SHIP không bao gồm tên tiểu bang, hãy thêm:* (*[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 (Tổ chức Cải thiện Chất lượng) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all QIOs in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list the QIOs in all states, or in all states in which the plan is filed, and should refer to that exhibit below.]*

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 hệ *[insert state-specific QIO name]* nếu quý vị có khiếu nại về chất lượng chăm sóc mà quý vị nhận được. Ví dụ, quý vị có thể liên hệ *[insert state-specific QIO name]* nếu quý vị được cho dùng nhầm thuốc hoặc nếu quý vị được cho dùng thuốc tương tác theo cách tiêu cực.

| 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 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 have the option of including a separate exhibit to list Medicaid information in all states or in all states in which the plan is filed and should refer to that exhibit below.]*

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

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. Một số người có Medicare cũng đủ điều kiện để được hưởng Medicaid. Các chương trình được cung cấp thông qua Medicaid giúp những người được Medicare trả các chi phí Medicare của họ, chẳng hạn như phí bảo hiểm Medicare của họ. **Các Chương Trình Tiết Kiệm Medicare** này bao gồm:

* **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.

Để tìm hiểu thêm về Medicaid và các chương trình của Medicaid, hãy liên hệ *[insert state-specific Medicaid agency]*.

| 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 Chương trình Medicaid)] – 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]* |

### 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

Medicare cung cấp "Hỗ trợ Bổ sung" để trả chi phí thuốc theo toa cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Các nguồn lực bao gồm các khoản tiết kiệm và chứng khoán của quý vị, nhưng không bao gồm nhà hoặc xe của quý vị. Nếu quý vị đủ điều kiện, quý vị được trợ giúp thanh toán cho bất kỳ khoản phí bảo hiểm hàng tháng nào của chương trình Medicare, khoản khấu trừ hàng năm và đồng thanh toán theo toa và đồng bảo hiểm. "Hỗ trợ Bổ sung" này cũng được tính vào chi phí tự trả của quý vị.

Nếu quý vị tự động đủ tiêu chuẩn nhận "Hỗ trợ Bổ sung" Medicare sẽ gửi thư cho quý vị. Quý vị không phải nộp đơn. Nếu quý vị không tự động đủ tiêu chuẩn, quý vị có thể nhận được "Hỗ trợ Bổ sung" để thanh toán cho phí bảo hiểm và chi phí thuốc theo toa của quý vị. Để xem quý vị có đủ điều kiện nhận "Hỗ trợ Bổ sung" không, hãy gọi:

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048, 24 giờ/7 ngày/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 (đơn); hoặc
* Văn phòng Medicaid Tiểu bang của quý vị (đơn). (Xem Phần 6 của chương này để biết thông tin liên hệ.)

Nếu quý vị cho rằng quý vị đủ điều kiện nhận "Hỗ trợ Bổ sung" và quý vị tin rằng quý vị đang trả số tiền chia sẻ chi phí không đúng khi mua thuốc theo toa tại một hiệu thuốc, chương trình của chúng tôi có một quy trình để quý vị yêu cầu hỗ trợ trong việc lấy bằng chứng về mức đồng thanh toán thích hợp của quý vị, hoặc, nếu quý vị đã có bằng chứng, cung cấp bằng chứng 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 lần sau 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 khoản chi phiếu cho quý vị về số tiền thanh toán quá hạn của quý vị, hoặc chúng tôi sẽ bù đắp các khoản đồng thanh toán trong tương lai. 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.

[*Plans in U.S. Territories, replace the Extra Help section with the following language if the EOC is used for plans only in the U.S. Territories. Add the following language to the Extra Help section if the EOC is used for plans in the U.S Territories and mainland regions:* Có các chương trình ở Puerto Rico, quần đảo Virgin, Guam, quần đảo Bắc Mariana và Samoa Mỹ để giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế trả chi phí Medicare của họ. Các chương trình khác nhau tại các khu vực này. Gọi cho văn phòng Hỗ trợ Y tế (Medicaid) tại địa phương của quý vị để tìm hiểu thêm về các quy tắc của họ (số điện thoại nằm trong Phần 6 của chương này). Hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần và nói *Medicaid* để biết thêm thông tin. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể truy cập [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) để biết thêm thông tin.]

**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), should delete this section.]*

Nhiều tiểu bang và quần đảo Virgin thuộc Mỹ đề nghị giúp trả tiền cho các thuốc theo toa, 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 đủ điều kiện sống với HIV/AIDS được tiếp cận với các thuốc điều trị HIV tiết kiệm 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.

Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang

*[Plans without an SPAP in their state(s), 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 have the option of including a separate exhibit to list the SPAPs in all states or in all states in which the plan is filed and should refer to that exhibit below.]*

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 người đại diện của RRB từ 9:00 sáng đến 3:30 trưa, Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu, và từ 9:00 sáng đến 12:00 trưa 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?

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.

## CHƯƠNG 3: *Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho thuốc theo toa Phần D*

### PHẦN 1 Giới thiệu

Chương này **giải thích các quy tắc sử dụng bảo hiểm của quý vị đối với thuốc Phần D**.

Ngoài bảo hiểm của quý vị đối với thuốc Phần D thông qua chương trình của chúng tôi, Original Medicare (Medicare Phần A và Phần B) cũng đài thọ một số loại thuốc:

* Medicare Phần A đài thọ các loại thuốc quý vị được cung cấp trong thời gian nằm viện được Medicare đài thọ trong bệnh viện hoặc tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
* Medicare Phần B cũng cung cấp các quyền lợi cho một số loại thuốc. Các thuốc Phần B bao gồm một số thuốc hóa trị liệu, một số loại thuốc nhất định mà quý vị được tiêm trong khi đến văn phòng, và các loại thuốc quý vị được tiêm tại một cơ sở chạy thận.

Hai ví dụ về thuốc được mô tả ở trên được Original Medicare đài thọ. (Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm này, hãy xem sổ tay *Medicare & Quý vị năm 2024*.) Thuốc theo toa Phần D của quý vị được đài thọ theo chương trình chúng tôi.

#### 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:* hoặc thông qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện của chương trình]).
* Thuốc của quý vị phải nằm trong *Danh sách Thuốc được đài thọ (Danh sách thuốc)* của chương trình (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 đơn thuốc của 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 hiệu thuốc trong mạng lưới nào 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 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 thấy thông tin trên trang web của chúng tôi tại *[insert website address].*]

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

Một số 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 section 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:* cho phép *HOẶC* yêu cầu] quý vị đặt hàng [*insert either*: ***ít nhất* một lượng thuốc [XX]-ngày và *không quá* một lượng thuốc [XX]-ngày** *HOẶC* **tối đa nguồn tiếp liệu [XX]-ngày** *HOẶC* **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 điền đơn thuốc 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 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 hủy 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:* called *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 dương 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 của 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* chương trình của chúng tôi] tự động chuẩn bị nạp đơn 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 *HOẶC* 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. *[Delete if plan does not offer extended-day supplies through retail pharmacies.]* [*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)] [*insert if applicable:*] 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* 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 dùy trì dài hạn. Quý vị cũng có thể gọi Ban Dịch vụ Thành viên để tìm hiểu thêm.
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 chi trả các thuốc theo toa được điền 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?

Nếu quý vị phải sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị thường phải trả toàn bộ chi phí (thay vì chia sẻ chi phí thông thường) tại thời điểm quý vị mua thuốc theo toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị Phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. (Chương 5, 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.

Các loại thuốc trong "Danh sách Thuốc" chỉ là những thuốc được Medicare Phần D đài thọ.

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 Dịch vụ Danh sách thuốc thuộc 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." *HOẶC* "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 loại thuốc theo toa có các thành phần hoạt tính tương tự như các loại 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 tên thương 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.]

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

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 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, hãy xem Chương 7.

#### 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 (ví dụ: Bậc Chia sẻ Chi Phí 1 bao gồm các thuốc gốc). Cho biết bậc thấp nhất và bậc cao nhất.]*

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 4 *(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".

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 ngày so với hai mỗi ngày; viên thuốc và chất 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 7)

*[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:* đã cho chúng tôi biết lý do y tế rằng thuốc gốc [*insert as applicable:* hoặc tương tự sinh học có thể hoán đổi] sẽ không có tác dụng cho 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 một tình trạng bệnh lý, chương trình có thể yêu cầu quý vị thử 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)]*** lần 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)]* lần đầu của năm dương lịch.
* Nguồn cung cấp tạm thời này sẽ được 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 7, Phần 5.4 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. 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.

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 7, Phần 5.4 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 loại 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 [*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 chúng 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 mang tên thương hiệu cho quý vị. Để biết thông tin về cách yêu cầu ngoại lệ, hãy xem Chương 7.]

**[*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 tự 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 7.]

*[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 một lần trong năm đã 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:* we] 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 lại *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]* ngày 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 trang bị thuốc cho quý vị. Để biết thông tin về cách yêu cầu ngoại lệ, hãy xem Chương 7.

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 chính hiệu hoặc các 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 thanh toán 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 kế hoạch 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

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

Nếu quý vị nhận được các loại thuốc bị loại trừ, quý vị phải tự thanh toán [*insert if applicable:* (trừ một số loại thuốc bị loại trừ được đài thọ theo bảo hiểm thuốc tăng cường của chúng tôi)]. 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 7.)

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 luật, các nhóm thuốc sau không được các chương trình thuốc Medicare đài thọ [*Insert if applicable:* (Chương trình của chúng tôi đài thọ một số loại thuốc nhất định được liệt kê dưới đây thông qua bảo hiểm thuốc tăng cường của chúng tôi, và quý vị có thể bị tính phí bảo hiểm bổ sung. Thông tin thêm được cung cấp dưới đây.)].

* 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 applicable:* Chúng tôi cung cấp bảo hiểm bổ sung của một số thuốc theo toa (tăng cường bảo hiểm thuốc) thường không được đài thọ trong một chương trình thuốc theo toa Medicare. *[Insert details about the excluded drugs your plan does cover, including whether you place any limits on that coverage.]* Số tiền quý vị thanh toán cho các loại thuốc này không được tính vào việc đủ điều kiện cho quý vị tham gia Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương. (Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương được mô tả trong Chương 4, Phần 7 của tài liệu này.)]

[*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 được đài thọ thông thường 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 được đài thọ thông thường 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 toa thuốc

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

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. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ tự động lập hóa đơn cho chương trình chia sẻ chi phí thuốc *của chúng tôi*. Quý vị sẽ cần phải thanh toán khoản chia sẻ chi phí *của quý vị* khi nhận toa thuốc.

#### 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.

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** Phần chia sẻ của chúng tôi. Xem Chương 5, Phần 2 để biết thông tin về cách đề nghị chương trình hoàn tiền.)

### PHẦN 9 Bảo hiểm thuốc Phần D trong những tình huống đặc biệt

#### Phần 9.1 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị đang ở trong bệnh viện hoặc một cơ sở điều dưỡng chuyên môn?

Nếu quý vị được nhập viện hoặc vào một cơ sở điều dưỡng chuyên môn, Original Medicare (hoặc chương trình sức khỏe Medicare của quý vị có bảo hiểm Phần A và B, nếu có) nói chung sẽ đài thọ 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 của chúng tôi 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 đang dùng thuốc được Original Medicare đài thọ?

Việc quý vị ghi danh vào chương trình *[insert 2024 plan name]* không ảnh hưởng đến bảo hiểm thuốc được Medicare Phần A hoặc Phần B đài thọ của quý vị. Nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu về bảo hiểm của Medicare, thuốc của quý vị vẫn sẽ được Medicare Phần A hoặc Phần B đài thọ, mặc dù quý vị đã ghi danh tham gia chương trình này. Ngoài ra, nếu thuốc của quý vị được Medicare Phần A hoặc Phần B đài thọ, chương trình của chúng tôi không thể đài thọ cho thuốc, ngay cả khi quý vị chọn không ghi danh vào Phần A hay Phần B.

Một số thuốc có thể được Medicare Phần B đài thọ trong một số trường hợp và qua *[insert 2024 plan name]* trong các tình huống khác. Nhưng thuốc không bao giờ được đài thọ bởi cả Phần B và chương trình của chúng tôi cùng một lúc. Nói chung, dược sĩ hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ xác định có lập hóa đơn cho Medicare Phần B hay *[insert 2024 plan name]* cho thuốc không.

#### Phần 9.4 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị có hợp đồng Medigap (Medicare Supplement Insurance) có bảo hiểm thuốc theo toa?

Nếu quý vị hiện đang có một hợp đồng Medigap đài thọ cho thuốc theo toa, quý vị phải liên hệ với công ty phát hành Medigap của quý vị và cho họ biết quý vị đã ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị quyết định duy trì hợp đồng Medigap hiện tại của mình, công ty phát hành Medigap của quý vị sẽ xóa phần bảo hiểm thuốc theo toa của hợp đồng Medigap của quý vị và giảm phí bảo hiểm của quý vị.

Mỗi năm công ty bảo hiểm Medigap của quý vị sẽ gửi cho quý vị một thông báo cho biết liệu bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị có được coi là có uy tín không, và những lựa chọn quý vị có cho bảo hiểm thuốc. (Nếu bảo hiểm từ hợp đồng Medigap là có uy tín, có nghĩa là chương trình dự kiến sẽ phải trả, trung bình, ít nhất là nhiều như bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare.) Thông báo này cũng sẽ giải thích mức phí bảo hiểm của quý vị sẽ được giảm xuống bao nhiêu nếu quý vị xóa phần bảo hiểm thuốc theo toa trong hợp đồng Medigap của quý vị. Nếu quý vị không nhận được thông báo này, hoặc nếu quý vị không thể tìm thấy nó, hãy liên hệ với công ty bảo hiểm Medigap của quý vị và yêu cầu một bản sao khác.

#### Phần 9.5 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?

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 những thông báo này để cho thấy 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 hoặc người về hưu hoặc chủ lao động hoặc công đoàn.

#### Phần 9.6 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị ở trong Cơ sở Chăm sóc Cuối Đời 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 quý vị bị thu hồi 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 toa thuốc. 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 không thể 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 quá liều opioid 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 có chương trình 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 nhận toa thuốc 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 7 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 Quản lý Trị liệu Thuốc (MTM) [*insert if plan has other medication management programs* "và chương"] trình khác [*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:* Chương trình của chúng tôi *có* Một chương trình] được gọi là chương trình Quản lý Trị liệu Thuốc (MTM). Chương trình này [*if applicable replace with:* Những chương trình này là] 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 đang ở 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, bao nhiêu 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 với quý vị (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:* các chương trình này], vui lòng liên hệ với Dịch vụ Thành viên.

## CHƯƠNG 4: *Quý vị trả những gì cho thuốc theo toa Phần D của quý vị*

**Quý vị hiện đang được trợ giúp thanh toán cho thuốc của mình không?**

Nếu quý vị đang ở trong một chương trình giúp thanh toán tiền thuốc của quý vị **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.

### 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 3, không phải tất cả thuốc đều là thuốc Phần D – một số thuốc được Medicare Phần A hoặc Phần B đài thọ và các thuốc khác không được Medicare bảo hiểm theo pháp luật. [*Optional for plans that provide supplemental coverage:* Một số loại 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 điền vào thuốc theo toa, và những quy tắc nào cần tuân thủ khi quý vị nhận được thuốc được đài thọ. Chương 3, 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 một số tiền cố định mà quý vị thanh toán mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa.
* **Đồng bảo hiểm** là tỷ lệ Phần trăm trong tổng chi phí thuốc mà 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* được tính 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 3):

* 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] sang 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 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

#### 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 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. *[Plans with no premium delete the following sentence]* Xin lưu ý rằng quý vị luôn chịu trách nhiệm trả tiền phí bảo hiểm chương trình hàng tháng bất kể giai đoạn thanh toán thuốc nào. 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

#### 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 kê 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.
* **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 các chi phí tự trả của quý vị, hãy cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị. 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 một nhà thuốc thuộc mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá không thuộc quyền lợi bảo hiểm của chương trình của chúng tôi.
  + Khi quý vị đã 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 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 5, 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 qua để biết chắc thông tin đã hoàn chỉnh 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 lại 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.]

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 thuốc hàng năm $*[insert deductible amount]* on *[insert applicable drug tiers].* **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

#### 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 cung cấp chia sẻ chi phí tiêu chuẩn.]
* [*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 3, Phần 2.5 để tìm hiểu khi nào chúng tôi sẽ chi trả 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 3 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 paragraph 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 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: Mail order is not available for drugs in [insert tier].*]

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 3 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.

*[Instructions to plans offering Value Based Insurance Design Model Test (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. Plans should include details of the exact targeted reduced cost-sharing amount.]*

#### 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 thuốc theo toa 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:* lên đến] *[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:* tối đa] *[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.

* *[Plans without copayments, omit]* Đôi khi chi phí của thuốc thấp hơn so với 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. 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: Mail order is not available for drugs in [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].]*

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:* Quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn[*insert 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 2024 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 các quy tắc về số tiền được tính và những gì *không* được tínhlà 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

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:* 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 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.]*

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

**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 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 5.
* 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) *[Only 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 sự khác biệt 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 quy trình được mô tả trong Chương 5.
* 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.]
* *[Only, 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 5: *Đề nghị chúng tôi trả Phần chi phí cho thuốc được đài thọ*

### PHẦN 1 Những tình huống quý vị nên yêu cầu chúng tôi trả Phần chia sẻ chi phí thuốc của chúng tôi đối với thuốc được đài thọ của quý vị

Đôi khi, khi quý vị nhận được thuốc theo toa, quý vị có thể cần phải trả toàn bộ chi phí. Những lần khác, quý vị có thể thấy rằng quý vị đã trả nhiều hơn mức quý vị mong đợi theo các quy tắc bảo hiểm của chương trình hoặc quý vị có thể nhận được hóa đơn từ một nhà cung cấp. Trong những trường hợp này, 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*). Có thể có hạn chót mà quý vị phải đáp ứng để được trả lại tiền. Hãy xem Phần 2 của chương này.

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. Tất cả những ví dụ này là các loại quyết định bảo hiểm (để biết thêm thông tin về quyết định bảo hiểm, hãy đi tới Chương 7).

**1. 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 cho quý vị Phần chi phí này 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. Xem Chương 3, Phần 2.5 để biết nội dung thảo luận về những trường hợp này.

**2. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa vì quý vị không mang theo thẻ thành viên chương trình của mình**

Nếu quý vị không mang theo thẻ thành viên chương trình, quý vị có thể yêu cầu hiệu thuốc gọi cho chương trình hoặc tra cứu thông tin ghi danh 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 cho quý vị Phần chi phí này của chúng tôi.

**3. 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 trường hợp, chúng tôi có thể cần phải nhận thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị để trả lại cho quý vị Phần chi phí chia sẻ của chúng tôi.

**4. 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 tố vào chương trình của chúng tôi và quý vị tự trả tiền cho bất kỳ 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 Phần chi phí của chúng tôi. Quý vị sẽ cần phải nộp các giấy tờ cho chúng tôi để xử lý khoản bồi hoàn.

*[Plans should insert additional circumstances under which they will accept a paper claim from a member.]*

Tất cả các ví dụ ở trên là các loại quyết định về bảo hiểm. Điều này có nghĩa là nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Chương 7 của tài liệu này có thông tin về cách kháng nghị.

### PHẦN 2 Cách yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị

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 giấy biên lai của quý vị ghi nhận khoản thanh toán quý vị đã thực hiện. Quý vị nên chụp lại các 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.
* 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.]

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 xem liệu chúng tôi có nên đài thọ cho thuốc không 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 thuốc được đài thọ và quý vị đã tuân theo tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ chi trả Phần chi phí của chúng tôi. Chúng tôi sẽ gửi qua đường bưu điện khoản bồi hoàn Phần chi phí của chúng tôi cho quý vị. Chúng tôi sẽ gửi thanh toán trong vòng 30 ngày sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
* Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ thuốc *không* được đài thọ hoặc quý vị đã *không* tuân theo tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ không chi trả Phần chi phí của chúng tôi. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do tại sao chúng tôi không gửi khoản thanh toán và quyền 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 tất cả hoặc một Phần 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 về cách thực hiện kháng nghị này, hãy xem Chương 7 của tài liệu này.

## CHƯƠNG 6: *Các quyền và trách nhiệm của quý vị*

*[****Note:*** *Plans may add to or revise this chapter as needed to reflect NCQA-required language.]*

### 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, teletypewriter, 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.

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 đơn than phiền với Medicare bằng cách gọi   
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc trực tiếp với Văn Phòng Dân Quyền theo số   
1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

#### Phần 1.2 Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị được tiếp cận kịp thời với các loại thuốc được đài thọ của mình

Quý vị có quyền mua thuốc theo toa được mua hoặc mua thêm tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không bị trì hoãn lâu. Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị không nhận được thuốc Phần D của mình trong một khoảng thời gian hợp lý, Chương 7 sẽ cho biết quý vị có thể làm gì.

#### 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 nhà thuốc và các loại thuốc được bảo hiểm 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 ban 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 thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.** Quý vị có quyền nhận thông tin về trình độ của các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi và cách chúng tôi thanh toán cho các nhà thuốc 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 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 7 cung cấp thông tin đề nghị giải thích bằng văn bản về lý do tại sao thuốc Phần D không được đài thọ hoặc bảo hiểm của quý vị bị hạn chế. Chương 7 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 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 cungcấp 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 7 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 **Ban 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).

#### 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 **Ban 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 ấnphẩm *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

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 loại thuốc được đài thọ của quý vị và các quy tắc quý vị phải tuân theo để nhận các loại thuốc 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 thuốc được đài thọ của quý vị.
  + Chương 3 và 4 cung cấp chi tiết về bảo hiểm của quý vị đối với thuốc theo toa Phần D.
* **Nếu quý vị có bất kỳ bảo hiểm thuốc kê toa nào khác 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 dược sĩ của quý vị rằng quý vị đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi.** Trình thẻ thành viên chương trình của quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận được thuốc theo toa Phần D.
* **Giúp bác sĩ và nhà cung cấp khác chăm sóc cho giúp 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.
* **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.]

Đối với hầu hết các loại thuốc được chương trình đài thọ, quý vị phải trả Phần chi phí của quý vị khi mua thuốc. *[Plans that do not disenroll members for non-payment may modify this section as needed.]*

* + Nếu quý vị được yêu cầu nộp phạt ghi danh muộn, quý vị phải nộp phạt mới được tiếp tục làm thành viên của chương trình.
  + Nếu quý vị được yêu cầu phải trả khoản tiền phụ phí cho Phần D vì thu nhập hàng năm của mình, quý vị phải tiếp tục chi trả số tiền phụ phí trực tiếp cho chính phủ để vẫn là 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** 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 7: *Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định về bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)*

*[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 hai loại quy trình xử lý vấn đề và quan ngại:

* 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.

Cả hai 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 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 xin gọi số 1-877-486-2048.
* Quý vị cũng có thể truy cập trang web của Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

### PHẦN 3 Để giải quyết vấn đề của quý vị, quý vị nên sử dụng quy trình nào?

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. Hướng dẫn sau đây sẽ giúp đỡ.

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 thuốc theo toa có được đài thọ hay không, cách chúng được đài thọ và các vấn đề liên quan đến thanh toán thuốc kê toa.

**Có.**

Tiếp tục đến Phần tiếp theo của chương này, **Phần 4, Hướng dẫn về những thông tin cơ bản về các quyết định bảo hiểm và kháng nghị.**

**Không.**

Bỏ qua và đi tới **Phần 7** 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**.

CÁC QUYẾT ĐỊNH VÀ KHÁNG NGHỊ BẢO HIỂM

### PHẦN 4 Hướng dẫn về những thông tin cơ bản về các quyết định bảo hiểm và kháng nghị

#### Phần 4.1 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 thuốc theo toa, bao gồm thanh toán. Đây là quá trình quý vị sử dụng cho các vấn đề chẳng hạn như liệu thuốc có được đài thọ hay không và cách thuốc được đài thọ.

Yêu cầu quyết định bảo hiểm trước khi nhận quyền lợi

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 theo toa của quý vị.

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 một loại thuốc 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.

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.

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 không bác bỏ trường hợp của quý vị nhưng từ chối tất cả hoặc một Phần kháng nghị Cấp 1 của quý vị, quý vị có thể tiếp tục thực hiện kháng nghị Cấp 2. Kháng nghị Cấp 2 được tiến hành bởi một tổ chức xem xét độc lập không liên quan đến chúng tôi. 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 5 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 6 trong chương này giải thích quy trình kháng nghị Cấp 3, 4 và 5).

#### Phần 4.2 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 bác sĩ kê đơn** **khác có thể yêu cầu 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*. (Biểu mẫu cũng có trên trang web của Medicare tại [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 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:* or on our website at *[insert website or link to form]*].) Mẫu này cho phép người đó hành động thay mặt quý vị. 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 Thuốc theo toa Phần D của quý vị: Làm thế nào để yêu cầu quyết định về bảo hiểm hoặc kháng nghị

#### Phần 5.1 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 3 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 3 và 4.

* **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 5.2**
* 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 5.2**
* *[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 5.2**
* Yêu cầu phê duyệt trước cho một loại thuốc. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 5.4**
* Thanh toán cho thuốc theo toa mà quý vị đã mua. **Đề nghị chúng tôi trả lại tiền cho quý vị. Phần 5.4**

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 5.2 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.** 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 3 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 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 5.3 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 tuyên bố 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 bằng cách kháng nghị.

#### Phần 5.4 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 thư hoặc gửi fax chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm cho thuốc kê toa 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 thư 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 5.5 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 *bảo hiểm khẩn* trong Phần 5.4 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:* or call us.] Chương 2 có thông tin liên hệ.
* **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 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 đưa ra câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó.
  + 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 5.6 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 biết quyết định của chúng tôi sớm hơn nếu quý vị chưa nhận được 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 5.6 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 5.6 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 mà chúng tôi có 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 số tiền 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 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 đểtrả 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 quyết định cuối cùng.
* Thông báo cho quý vị rằng số tiền này phải đang trong quá trình 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 6 trong chương này sẽ trình bày thêm về Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

### PHẦN 6 Thực hiện kháng nghị của quý vị đến Cấp 3 và cao hơn

#### Phần 6.1 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 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, 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 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.

KHIẾU NẠI

### PHẦN 7 Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các quan ngại khác

#### Phần 7.1 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 của quý vị** | * Quý vị có hài lòng với chất lượng chăm sóc mà quý vị nhận được không? |
| **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 bị các dược sĩ 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 nhận toa thuốc. |
| **Vệ sinh** | * Quý vị có không hài lòng với sự sạch sẽ hoặc tình trạng của một hiệu thuốc 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 trễ 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 loại 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 7.2 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 7.3 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 7.4 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 7.5 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.

## CHƯƠNG 8: *Chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình*

### 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 chúng tôi phải kết thúc 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 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 tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi khi nào?

#### Phần 2.1 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 chương trình của chúng tôi 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 thuốc theo toa Khác của Medicare.
  + 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.
  + *-- hoặc --* Một chương trình sức khỏe của Medicare. Một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare là một chương trình do một công ty tư nhân cung cấp có hợp đồng với Medicare để cung cấp tất cả các quyền lợi bảo hiểm Medicare Phần A (Bệnh viện) và Phần B (Y tế). Một số chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare cũng đài thọ thuốc theo toa Phần D.

Nếu quý vị ghi danh tham gia hầu hết các chương trình sức khỏe Medicare, quý vị sẽ bị bỏ ghi danh khỏi *[insert 2024 plan name]* khi bảo hiểm mới của chương trình của quý vị bắt đầu. Tuy nhiên, nếu quý vị chọn một chương trình Trả Phí cho Dịch vụ Tư nhân không có bảo hiểm thuốc Phần D, một chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế Medicare, hoặc Chương trình Chi phí Medicare, quý vị có thể ghi danh vào chương trình đó và giữ lại *[insert 2024 plan name]* làm bảo hiểm thuốc của mình. Nếu quý vị không muốn giữ chương trình của chúng tôi, quý vị có thể chọn ghi danh vào một chương trình thuốc theo toa khác của Medicare hoặc bỏ bảo hiểm thuốc theo toa 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.

**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 nếu quý vị tham gia một chương trình thuốc Medicare sau này.

#### Phần 2.2 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, thành viên của *[insert 2024 plan name]* 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)):
  + Nếu quý vị đã chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ chương trình của mình.
  + *[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).] [*National or multi-state plans when there is variability in the availability of PACE insert:* PACE không có ở tất cả các tiểu bang. Nếu quý vị muốn biết liệu PACE có khả dụng ở tiểu bang của quý vị hay không, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Thành viên.]]
  + [**Lưu ý:** Nếu đang tham gia chương trình quản lý thuốc, thì quý vị có thể không được thay đổi chương trình. Chương 3, Phần 10 sẽ cho quý vị biết thêm về các chương trình quản lý thuốc.]
* **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 thuốc theo toa Khác của Medicare.
  + 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.
  + *-- hoặc --* Một chương trình sức khỏe của Medicare. Một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare là một chương trình do một công ty tư nhân cung cấp có hợp đồng với Medicare để cung cấp tất cả các quyền lợi bảo hiểm Medicare Phần A (Bệnh viện) và Phần B (Y tế). Một số chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare cũng đài thọ thuốc theo toa Phần D.
    - Nếu quý vị ghi danh tham gia hầu hết các chương trình sức khỏe Medicare, 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. Tuy nhiên, nếu quý vị chọn một chương trình Trả Phí cho Dịch vụ Tư nhân không có bảo hiểm thuốc Phần D, một chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế Medicare, hoặc Chương trình Chi phí Medicare, quý vị có thể ghi danh vào chương trình đó và giữ lại *[insert 2024 plan name]* làm bảo hiểm thuốc của mình. Nếu quý vị không muốn giữ chương trình của chúng tôi, quý vị có thể chọn ghi danh vào một chương trình thuốc theo toa khác của Medicare hoặc bỏ bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare.
* **Tư cách thành viên thường sẽ kết** **thúc** vào ngày đầu tiên của tháng sau khi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị.

#### Phần 2.3 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 tư cách 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 thuốc theo toa Khác của Medicare. | * Ghi danh vào chương trình thuốc theo toa Medicare mới từ ngày 15 Tháng Mười đến ngày 7 Tháng Mười Hai. * 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. |
| * Một chương trình sức khỏe của Medicare. | * Ghi danh tham gia chương trình bảo hiểm y tế Medicare trước ngày 7 Tháng Mười Hai. Với hầu hết các chương trình sức khỏe Medicare, 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. * Tuy nhiên, nếu quý vị chọn một chương trình Trả Phí cho Dịch vụ Tư nhân không có bảo hiểm thuốc Phần D, một chương trình Tài khoản Tiết kiệm Y tế Medicare, hoặc Chương trình Chi phí Medicare, quý vị có thể ghi danh vào chương trình mới đó và giữ lại *[insert 2024 plan name]* bảo hiểm thuốc của mình. Nếu quý vị muốn rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị phải ghi danh vào một chương trình thuốc theo toa khác của Medicare *hoặc* yêu cầu bỏ ghi danh. Để yêu cầu bỏ ghi danh, quý vị phải gửi cho chúng tôi một yêu cầu bằng văn bản (liên hệ với Ban Dịch vụ Thành viên nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện việc này) hoặc liên hệ với Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày mỗi tuần (người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048). |
| * Original Medicare *không có* một chương trình thuốc theo toa riêng của Medicare. | * **Xin hãy gửi văn bản yêu cầu cho chúng tôi để bỏ ghi danh** [*insert if organization has complied with CMS guidelines for online disenrollment* hoặc truy cập trang web của chúng tôi để bỏ ghi danh trực tuyến].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. |

### PHẦN 4 Cho đến khi kết thúc tư cách thành viên, quý vị phải tiếp tục nhận thuốc thông qua chương trình của chúng tôi

Cho đến khi tư cách thành viên của quý vị kết thúc, và bảo hiểm Medicare mới của quý vị bắt đầu, quý vị phải tiếp tục nhận thuốc theo toa của mình thông qua chương trình của chúng tôi.

* **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.**

### 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 hay Phần B (hoặc cả hai).
* Nếu quý vị chuyển đi khỏi vùng dịch vụ của chúng tôi.
* Nếu quý vị rời xa khu vực dịch vụ của chúng tôi hơn 12 tháng.
  + 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.
* 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 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 thuốc theo toa. (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 và quý vị sẽ mất bảo hiểm thuốc theo toa.

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 9: *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, tính 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 Thuốc Kê toa Medicare, 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 thuốc theo toa 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 nhà tài trợ chương trình thuốc kê toa Medicare, 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 10: *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 CMS 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.]*

**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 thuốc theo toa hoặc thanh toán cho thuốc mà quý vị đã nhận được.

**Thời gian Ghi danh Hàng năm** – Khoảng thời gian từ ngày 15 Tháng Mười đến ngày 7 Tháng Mười Hai mỗi năm khi thành viên có thể thay đổi chương trình sức khỏe hoặc thuốc của mình hoặc chuyển sang Original Medicare.

**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 bằng, và an toàn, như các sản phẩm; tuy nhiên, các chất tương tự sinh học thường yêu cầu một toa thuốc mới để thay thế cho sản phẩm 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 toa thuốc 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 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.

**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 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 thuốc. [*Insert if plan has a premium:* (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 loại thuốc; (2) bất kỳ số tiền *đồng thanh toán* cố định nào mà một chương trình yêu cầu khi nhận được một loại 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 loại thuốc, mà một chương trình yêu cầu khi nhận được một loại 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.

**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 đài thọ 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.

**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 thuốc kê 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.

**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.

**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 kiểu 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.

**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.

**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 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 tuổi 65.

**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).

**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.

**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).

**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 i) 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. 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.

**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.

**Chi phí tự trả** – 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 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.] [*National or multi-state plans when there is variability in the availability of PACE insert:* PACE không có ở tất cả các tiểu bang. Nếu quý vị muốn biết liệu PACE có khả dụng ở tiểu bang của quý vị hay không, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Thành viên.]]

**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 loại thuốc nhất định đã bị Quốc hội loại trừ khỏi diện thuốc Phần D được đài thọ.

**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.

[*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.]

**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.

**Ủy Quyền Trước** – Phê Duyệt trước để nhận một số loại thuốc nhất định. *[Plans may delete applicable sentences if it does not require prior authorization for any drugs.]* Các thuốc được đài thọ cần cho phép trước được đánh dấu trong danh mục thuốc.

**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.

**Vùng Dịch Vụ** – Một khu vực địa lý nơi quý vị phải sống để tham gia một chương trình thuốc theo toa cụ thể. Chương trình có thể bỏ ghi danh cho quý vị nếu quý vị chuyển vĩnh viễn ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình.

**Thời gian Ghi danh Đặc biệt** – Thời gian đã đặt ra trong đó thành viên có thể thay đổi các chương trình sức khỏe hoặc thuốc của mình hoặc trở lại Original Medicare. Những tình huống mà quý vị có thể đủ điều kiện tham gia Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt bao gồm: nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ, nếu quý vị nhận được "Hỗ trợ Bổ sung" với chi phí thuốc theo toa của quý vị, nếu quý vị chuyển đến một cơ sở điều dưỡng, hoặc nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng của chúng tôi với quý vị.

[*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.

*[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 là 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.*