H0148_20_200a_SD_VI Accepted 09122020

2021

Chứng từ Bảo hiểm/
Sổ tay Hội viên

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)
Quận San Diego

blue california
Promise Health Plan

Blue Shield of California Promise Health Plan là một tổ chức được cấp phép độc lập của Blue Shield Association
CMC-EOC-SD-VI-1020

Ngày 01 tháng 01 năm 2021 – Ngày 31 tháng 12 năm 2021

Bảo hiểm Sức khỏe và Thuốc trong chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Sổ tay Hội viên Giới thiệu

Sổ tay này sẽ cho quý vị biết về bảo hiểm của quý vị trong Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cho đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2021. Sổ tay sẽ giải thích về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và các rối loạn do lạm dụng dược chất), bảo hiểm thuốc theo toa, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn. Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn giúp quý vị được ở ngay tại nhà thay vì phải đi nhà điều dưỡng hoặc bệnh viện. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Xin cất giữ tại một nơi an toàn.

Cal MediConnect Plan này được cung cấp bởi Blue Shield of California Promise Health Plan. Trong Sổ tay Hội viên này từ “chúng tôi” hoặc "của chúng tôi" dùng để nói về Blue Shield of California Promise Health Plan. Trong sổ tay hội viên này, từ “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi” dùng để nói về Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 每週七天辦公，早上8:00 點至晚上8:00 點或。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8 giờ sáng–8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. HOẶC Ban.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711)

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Cal-MediConnect 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시-오후 8시 중에 전화해 주십시오.

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY (հեռատիպ)՝ 711)

فارسی:(Persian/Farsi for Cal-MediConnect Members)

توجه :اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد .با
تماس بگیرید 1-855-905-3825 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

العربية:(Arabic)

ملحوظة :إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان .اتصل برقم)رقم هاتف الصم والبكم:
(رقم هاتف الصم والبكم :711) Cal-MediConnect 1-855-905-3825

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711)។

Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

اُردُو:(Urdu)

خبردار :اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں
Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

Quý vị có thể yêu cầu cung cấp miễn phí tài liệu này ở các dạng thức khác, như chữ in lớn, chữ nổi braille, và/hoặc âm thanh. Gọi 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày một tuần. Cuộc gọi được miễn phí.

Hiện nay và sau này, lúc nào quý vị cũng có thể yêu cầu được cung cấp tài liệu này bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hoặc ở dạng khác. Để yêu cầu, vui lòng liên lạc với Blue Shield Promise Cal

MediConnect Plan. Bộ phận Chăm sóc Khách hàng sẽ duy giữ ngôn ngữ và định dạng ưu tiên của quý vị trên tệp cho các liên lạc trong tương lai. Để thực hiện bất kỳ cập nhật nào về ưu tiên của quý vị, vui lòng liên lạc Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Điều khoản miễn trừ

- Blue Shield of California Promise Health Plan là chương trình bảo hiểm y tế có hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal nhằm cung cấp quyền lợi của cả hai chương trình cho người ghi danh.
- Bảo hiểm theo Blue Shield of California Promise Health Plan là bảo hiểm sức khỏe đủ điều kiện được gọi là “mức bảo hiểm cần thiết tối thiểu”. Bảo hiểm này thỏa mãn yêu cầu về chia sẻ trách nhiệm của cá nhân theo Đạo luật Bảo vệ Bệnh nhân và Chăm sóc Sức khỏe Hợp túi tiền (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Truy cập trang web Dịch vụ Thu thuế Nội bộ (IRS) tại www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families để biết thêm thông tin về yêu cầu trách nhiệm chia sẻ cá nhân.

Sổ tay Hội viên 2021 - Mục Lục

Danh sách các chương và số trang này là điểm bắt đầu của quý vị. Để có thêm trợ giúp trong việc tìm thông tin mà quý vị cần, đến trang đầu tiên của chương. **Quý vị sẽ tìm thấy một danh sách chi tiết các chủ đề tại phần đầu của mỗi chương.**

Mục lục

Chương 1: Bắt đầu với tư cách hội viên.....6

Chương 2: Các số điện thoại và nguồn hỗ trợ quan trọng.....18

Chương 3: Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được bảo hiểm khác của quý vị.....39

Chương 4: Bảng Quyền lợi.....62

Chương 5: Nhận thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú thông qua chương trình.....119

Chương 6: Quý vị phải trả những khoản tiền nào cho thuốc theo toa Medicare và Medi-Cal.....139

Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho những dịch vụ hoặc thuốc được bảo hiểm.....152

Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị.....158

Chương 9: Phải làm sao khi quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại).....177

Chương 10: Kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong Cal MediConnect Plan của chúng tôi.....235

Chương 11: Thông báo pháp lý.....246

Chương 12: Định nghĩa các từ ngữ quan trọng.....251

Chương 1: Bắt đầu với tư cách hội viên

Giới thiệu

Chương này bao gồm thông tin về Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, một chương trình sức khỏe bảo hiểm tất cả dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị, bao gồm tư cách hội viên của quý vị trong đó. Nó cũng cho quý vị biết điều gì sẽ xảy ra và những thông tin nào khác quý vị sẽ nhận được từ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Chào mừng đến với Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 8

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal 8

B1. Medicare 8

B2. Medi-Cal 8

C. Ưu điểm của chương trình này 9

D. Khu vực dịch vụ của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 10

E. Quý vị phải hội đủ những tiêu chuẩn gì thì mới được làm hội viên của chương trình 10

F. Điều gì sẽ xảy ra khi quý vị mới tham gia một chương trình sức khỏe 11

G. Đội ngũ Chăm sóc và Kế hoạch Chăm sóc 12

G1. Đội ngũ Chăm sóc 12

G2. Kế hoạch Chăm sóc 12

H. Phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 13

I. Sổ tay *Hội viên* 13

J. Thông tin khác quý vị sẽ nhận được từ chúng tôi 13

J1. Thẻ Hội viên Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan của quý vị 13

J2. *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* 14

J3. *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm* 15

J4. *Giải thích Quyền lợi* 16

K. Cách giữ cho hồ sơ hội viên của quý vị cập nhật 16

K1. Quyền riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) 17

A. Chào mừng đến với Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan này là một Chương trình Cal MediConnect. Cal MediConnect Plan là một tổ chức tạo thành từ các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, và các nhà cung cấp khác. Chương trình này cũng có các Điều phối viên Chăm sóc và đội ngũ nhân viên chăm sóc để giúp quý vị quản lý được tất cả các nhà cung cấp và dịch vụ của quý vị. Họ sẽ cùng nhau phối hợp để cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị cần.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan đã được Tiểu bang California và Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services - CMS) chấp thuận để cung cấp cho quý vị các dịch vụ thuộc chương trình Cal MediConnect.

Cal MediConnect là một chương trình thí điểm do California và chính quyền liên bang cùng phối hợp để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt hơn cho những người có cả Medicare và Medi-Cal. Qua chương trình thí điểm này, chính quyền tiểu bang và liên bang muốn thử nghiệm những phương thức mới để giúp quý vị tiếp nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal tốt hơn.

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare là chương trình bảo hiểm y tế của liên bang dành cho:

- Người từ 65 tuổi trở lên,
- Một số người chưa đủ 65 tuổi nhưng bị những tình trạng khuyết tật nào đó, và
- Người bị bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal là tên gọi của chương trình Medicaid tại California. Medi-Cal do tiểu bang điều hành và do chính quyền tiểu bang và liên bang chi trả. Chương trình này giúp cho người có thu nhập và nguồn hỗ trợ hạn chế thanh toán các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) và chi phí y tế. Chương trình này bảo hiểm cho các dịch vụ và thuốc toa bổ sung mà không được Medicare bảo hiểm.

Mỗi tiểu bang quyết định:

- Cái gì được coi là thu nhập và nguồn lực,
- ai đủ điều kiện,
- dịch vụ nào được bảo hiểm, và
- chi phí cho các dịch vụ nào.

Các tiểu bang có thể quyết định cách thức vận hành chương trình của mình, miễn là họ tuân thủ các quy định của liên bang.

Medicare và California đã chấp thuận Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Quý vị có thể nhận dịch vụ Medicare và Medi-Cal qua chương trình của chúng tôi cho đến khi:

- Chúng tôi vẫn còn cung cấp chương trình này, và
- Medicare và Tiểu bang California còn cho phép chúng tôi tiếp tục được cung cấp chương trình này.

Nếu sau này chương trình của chúng tôi không còn hoạt động nữa, thì tiêu chuẩn dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị cũng không bị ảnh hưởng.

C. Ưu điểm của chương trình này

Bây giờ quý vị sẽ được nhận tất cả mọi dịch vụ Medicare và Medi-Cal được bảo hiểm của quý vị từ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, kể cả thuốc theo toa. **Quý vị không phải trả thêm tiền để được tham gia chương trình sức khỏe này.**

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sẽ giúp phối hợp các quyền lợi Medicare và Medi-Cal của quý vị để đạt được hiệu quả cao hơn và phục vụ tốt hơn cho quý vị. Một số ưu điểm đó bao gồm:

- Quý vị sẽ có thể làm việc với **một** chương trình sức khỏe cho **tất cả** nhu cầu bảo hiểm sức khỏe của quý vị.
- Quý vị sẽ có một đội ngũ chăm sóc sức khỏe do chính quý vị góp phần chọn lựa. Đội ngũ chăm sóc sức khỏe này có thể bao gồm bản thân quý vị, người chăm sóc của quý vị, các bác sĩ, y tá, người tư vấn, hoặc các nhân viên y tế khác.
- Quý vị được quyền tiếp xúc với một Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe. Đây là người sẽ làm việc với quý vị, với Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, và đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị để xây dựng kế hoạch chăm sóc.
- Quý vị sẽ có thể điều khiển việc chăm sóc cho riêng mình với sự trợ giúp của đội ngũ chăm sóc và Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe của quý vị.
- Đội ngũ chăm sóc và Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe sẽ phối hợp với quý vị để thiết lập một kế hoạch chăm sóc được thiết kế đặc biệt để đáp ứng cho nhu cầu chăm sóc của quý vị. Đội ngũ chăm sóc sẽ giúp điều phối các dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Điều này có nghĩa là, ví dụ như:
    - Đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ bảo đảm bác sĩ của quý vị biết được tất cả các loại thuốc mà quý vị dùng nên họ có thể bảo đảm quý vị sẽ được dùng đúng loại

thuốc phù hợp, nhờ đó bác sĩ của quý vị sẽ có thể giảm được bất kỳ tác dụng phụ nào mà quý vị có thể gặp do các loại thuốc đó.

- Đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ bảo đảm các kết quả xét nghiệm của quý vị được chia sẻ cho tất cả bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị, cho phù hợp.

D. Khu vực dịch vụ của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau đây ở California: San Diego.

Chỉ những người sống tại khu vực dịch vụ của chúng tôi mới được tham gia Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Nếu quý vị dọn ra khỏi khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục ở lại với chương trình này. Xem Chương 8 Mục J để biết thêm thông tin về ảnh hưởng của việc chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của quý vị. Quý vị cần liên lạc với cán sự giám định tiêu chuẩn (eligibility worker) tại quận địa phương của quý vị.

Quận San Diego Department of Social Services (Phòng Dịch vụ Xã hội) - Family Resources (Ban Nguồn Hỗ trợ Gia đình) Customer Service Center (Trung tâm Dịch vụ Khách hàng)	GỌI: 1-866-262-9881 Cuộc gọi này là miễn phí. TTY: 1-619-589-4459 Thời gian: 7:00 Sáng – 5:00 chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, trừ ngày lễ

E. Quý vị phải hội đủ những tiêu chuẩn gì thì mới được làm hội viên của chương trình

Quý vị được tham gia chương trình chúng tôi với điều kiện là quý vị:

- Sống trong khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi, **và**
- Từ 21 tuổi trở lên vào thời điểm ghi danh, **và**
- Có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B, **và**
- Hiện đủ điều kiện tham gia Medi-Cal, **và**
- Là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ.

Có thể sẽ có thêm những quy định khác nữa về tiêu chuẩn tham gia tại quận của quý vị. Gọi Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để biết thêm thông tin.

F. Điều gì sẽ xảy ra khi quý vị mới tham gia một chương trình sức khỏe

Khi tham gia chương trình lần đầu tiên, quý vị sẽ nhận được đánh giá rủi ro sức khỏe (health risk assessment, HRA) trong vòng 45 – 90 ngày đầu tiên sau ngày có hiệu lực bảo hiểm của quý vị.

Chúng tôi được yêu cầu thực hiện cuộc HRA cho quý vị. Cuộc HRA sẽ là nền tảng để thiết lập kế hoạch chăm sóc riêng (ICP) cho quý vị. Cuộc HRA sẽ có những câu hỏi để xác định nhu cầu về y tế, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS), và các nhu cầu về sức khỏe tâm thần và hoạt động.

Chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị để hoàn tất cuộc HRA. Cuộc HRA này có thể sẽ được thực hiện trực tiếp, qua điện thoại hoặc thư.

Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thêm thông tin về cuộc HRA này.

Khi mới tham gia chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, quý vị có thể tiếp tục thăm khám tại bác sĩ mà quý vị hiện đang thăm khám trong một khoảng thời gian nào đó. Quý vị được tiếp tục sử dụng nhà cung cấp dịch vụ và giấy phép sử dụng dịch vụ hiện tại của quý vị vào thời điểm quý vị ghi danh trong tối đa là 12 tháng nếu tất cả các điều kiện sau đây đều được thỏa mãn:

- Quý vị, người đại diện của quý vị, hoặc nhà cung cấp của quý vị trực tiếp yêu cầu chúng tôi được tiếp tục khám bệnh với nhà cung cấp hiện tại của quý vị.
- Chúng tôi xác minh được rằng quý vị đã sẵn có mối quan hệ với một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc bác sĩ chuyên khoa, ngoại trừ vài trường hợp ngoại lệ. Đã có sẵn mối quan hệ tức là quý vị đã thăm khám tại một nhà cung cấp trong mạng lưới ít nhất là một lần trong trường hợp không phải là cấp cứu trong 12 tháng trước ngày ghi danh đầu tiên của quý vị vào Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
    - Chúng tôi sẽ xác định mối quan hệ sẵn có này bằng cách kiểm tra thông tin sức khỏe của quý vị mà chúng tôi đang có hoặc quý vị cung cấp cho chúng tôi.
    - Chúng tôi có 30 ngày để trả lời yêu cầu của quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định nhanh hơn là chúng tôi phải trả lời trong 15 ngày.
    - Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải xuất trình giấy tờ chứng minh mối quan hệ sẵn có đó và chấp nhận một số điều khoản nào đó khi thực hiện yêu cầu này.

Lưu ý: Không được thực hiện yêu cầu này cho các nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền (DME), dịch vụ vận chuyển, dịch vụ phụ trợ khác, hay các dịch vụ không được bao gồm trong chương trình Cal MediConnect.

Sau khi thời hạn tiếp tục chăm sóc đã kết thúc, quý vị sẽ phải khám bệnh với bác sĩ và nhà cung cấp khác trong mạng lưới của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan có liên kết với nhóm y tế của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị, trừ khi chúng tôi đồng ý cho quý vị khám bệnh

với bác sĩ ngoài mạng lưới. Nhà cung cấp trong mạng lưới là một nhà cung cấp làm việc với chương trình sức khỏe này. Một nhóm y tế hoặc hiệp hội bác sĩ độc lập (IPA) là một tổ chức được thành lập theo luật pháp California ký kết hợp đồng với các chương trình sức khỏe để cung cấp hoặc bố trí cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho những người ghi danh tham gia các chương trình sức khỏe. Nhóm y tế hoặc IPA là một tổ chức bác sĩ chăm sóc chính và bác sĩ chuyên khoa được tạo lập để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được điều phối cho quý vị. Xem Chương 3 Mục D để tìm hiểu thêm về việc nhận dịch vụ chăm sóc.

G. Đội ngũ Chăm sóc và Kế hoạch Chăm sóc

G1. Đội ngũ Chăm sóc

Quý vị cần trợ giúp để nhận dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần? Đội ngũ chăm sóc có thể giúp cho quý vị. Đội ngũ chăm sóc có thể bao gồm bác sĩ của quý vị, Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe của quý vị, hoặc nhân viên y tế khác mà quý vị chọn.

Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe là người đã được đào tạo để giúp quý vị sử dụng dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Quý vị sẽ được cung cấp một Điều phối viên Chăm sóc khi quý vị ghi danh Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Người này cũng sẽ giới thiệu quý vị đến các nguồn hỗ trợ của cộng đồng, nếu Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan không cung cấp những dịch vụ mà quý vị cần.

Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng – 8:00 giờ tối, bảy ngày một tuần để yêu cầu nhóm chăm sóc.

G2. Kế hoạch Chăm sóc

Đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ bàn bạc với quý vị để thiết lập một kế hoạch chăm sóc. Kế hoạch chăm sóc sẽ cho quý vị và bác sĩ của quý vị biết quý vị cần những dịch vụ nào, và làm sao để quý vị nhận được những dịch vụ đó. Kế hoạch này sẽ đáp ứng các nhu cầu về y tế, sức khỏe tâm thần, và LTSS của quý vị. Kế hoạch chăm sóc của quý vị được thiết lập riêng cho quý vị và các nhu cầu của quý vị.

Kế hoạch chăm sóc của quý vị gồm có:

- Các mục tiêu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Thời hạn cho biết khi nào quý vị sẽ nhận những dịch vụ mà quý vị cần.

Sau khi quý vị được đánh giá sức khỏe , đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ đến gặp quý vị. Họ sẽ nói với quý vị về những dịch vụ mà quý vị cần. Họ cũng sẽ nói chuyện với quý vị về những dịch vụ mà quý vị có thể muốn dùng. Kế hoạch chăm sóc của quý vị sẽ dựa trên những nhu cầu của quý vị. Đội ngũ chăm sóc của quý vị sẽ làm việc với quý vị để cập nhật kế hoạch chăm sóc cho quý vị ít nhất mỗi năm một lần.

H. Phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan không có phí bảo hiểm chương trình hàng tháng.

I. Sổ tay *Hội viên*

Sổ tay Hội viên này là một phần của hợp đồng giữa chúng tôi và quý vị. Điều này nghĩa là chúng tôi phải tuân thủ mọi quy định trong tài liệu này. Nếu quý vị nghĩ chúng tôi đã làm việc gì đó trái với các quy định này, quý vị có thể khiếu nại hoặc chính thức phản đối hành động của chúng tôi. Để biết thông tin về cách khiếu nại, xem Chương 9 Phần D, hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Quý vị có thể yêu cầu *Sổ tay Hội viên* bằng cách gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần. Quý vị cũng có thể xem *Sổ tay Hội viên* tại địa chỉ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect hoặc tải về từ trang web này.

Hợp đồng có hiệu lực trong các tháng quý vị được ghi danh vào Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan từ ngày 01 tháng 1 năm 2021 đến ngày 31 tháng 12 năm 2021.

J. Thông tin khác quý vị sẽ nhận được từ chúng tôi

Có lẽ quý vị cũng đã nhận được Thẻ Hội viên Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, thông tin về cách truy cập *Danh sách Nhà cung cấp và Nhà thuốc*, và thông tin về cách truy cập *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm*.

J1. Thẻ Hội viên Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan của quý vị

Trong chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ được cấp thẻ để nhận các dịch vụ Medicare và Medicaid của quý vị, kể cả các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cụ thể, và thuốc theo toa. Quý vị phải xuất trình thẻ này khi nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc toa nào. Sau đây là thẻ mẫu để quý vị xem thẻ của quý vị sẽ ra sao:

Trong suốt thời gian làm hội viên của chương trình chúng tôi, quý vị không cần phải sử dụng thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh hay thẻ Medi-Cal của quý vị để nhận các dịch vụ của Cal MediConnect. Xin giữ các thẻ đó ở một nơi an toàn, để phòng khi sau này quý vị cần đến chúng. Nếu quý vị trình thẻ Medicare thay cho thẻ Hội viên Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan của quý vị, nhà cung cấp dịch vụ có thể sẽ xuất hóa đơn cho Medicare thay vì cho chúng tôi, và quý vị có thể sẽ phải nhận hóa đơn đó. Xem Chương 7 Mục A để biết phải làm sao khi nhận được hóa đơn của một nhà cung cấp.

Xin nhớ rằng, với các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa mà quý vị có thể sẽ sử dụng trong chương trình sức khỏe tâm thần (mental health plan - MHP) của quận quý vị, quý vị phải có thẻ Medi-Cal thì mới được tiếp cận với các dịch vụ đó.

J2. *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*

Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc liệt kê các nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc thuộc mạng lưới của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Trong thời gian làm hội viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng để nhận các dịch vụ được bảo hiểm. Có một số trường hợp ngoại lệ khi quý vị lần đầu tham gia chương trình của chúng tôi (xem trang 42).

Quý vị có thể yêu cầu *Sổ tay Hội viên* bằng cách gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng – 8:00 giờ tối, bảy ngày một tuần. Quý vị cũng có thể tìm đọc *Danh mục Nhà Cung cấp Dịch vụ và Nhà thuốc* trên www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect hoặc tải về từ trang web này.

Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc liệt kê các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (như bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng, và bác sĩ tâm lý), các cơ sở (như bệnh viện hoặc phòng khám), và nhà cung cấp hỗ trợ (nhà cung cấp dịch vụ Sức khỏe tại Nhà và Sức khỏe Ban Ngày dành cho Người Lớn) mà quý vị có thể thấy khi là Hội viên của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Danh mục liệt kê các nhà thuốc mà quý vị có thể sử dụng để nhận thuốc theo toa. Danh mục cũng cung cấp một số thông tin như sau:

- Khi cần giấy giới thiệu để khám với nhà cung cấp, bác sĩ chuyên khoa hoặc cơ sở khác, và
- Cách chọn bác sĩ, và
- Cách thay đổi bác sĩ của quý vị, và
- Cách tìm bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa, nhà thuốc hoặc cơ sở trong khu vực của quý vị và/hoặc nhóm y tế/IPA và
- Cách tiếp cận Dịch vụ và Hỗ trợ Dài hạn (LTSS), Dịch vụ Hỗ trợ tại Nhà (IHSS) hoặc Chương trình Dịch vụ Đa Mục đích Dành cho Người Cao niên (MSSP), và
- Thông tin về cách tiếp cận nhà thuốc đặt mua qua bưu điện, truyền thuốc tại nhà hoặc nhà thuốc chăm sóc lâu dài.

Định nghĩa nhà cung cấp trong mạng lưới

- Nhà cung cấp trong mạng lưới Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:
  - Các bác sĩ, y tá, và nhân viên y tế khác mà quý vị có thể đến thăm khám với tư cách hội viên của chương trình chúng tôi;
  - Các phòng khám, bệnh viện, cơ sở điều dưỡng, và những nơi khác cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong chương trình của chúng tôi; và
  - LTSS, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, các cơ quan cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền, và những đơn vị khác cung cấp hàng hóa và dịch vụ mà quý vị nhận được qua Medicare hoặc Medi-Cal.

Các nhà cung cấp trong mạng lưới đã đồng ý nhận tiền thanh toán của chương trình chúng tôi cho các dịch vụ được bảo hiểm dưới hình thức thanh toán trọn gói.

Định nghĩa nhà thuốc trong mạng lưới

- Nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc (hiệu thuốc) đã đồng ý cung cấp thuốc toa cho hội viên chương trình của chúng tôi. Hãy đọc *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng.
- Trừ trường hợp khẩn cấp, quý vị phải mua thuốc toa tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi nếu quý vị muốn chương trình chúng tôi giúp thanh toán tiền cho các loại thuốc đó.

Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng – 8:00 giờ tối, bảy ngày một tuần để biết thêm thông tin. Cả bộ phận Chăm sóc Khách hàng lẫn trang web của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan đều có thể cung cấp cho quý vị những thông tin mới nhất về những thay đổi về các nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi.

J3. *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm*

Chương trình có *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm*. (Chúng tôi gọi tắt là "Danh sách Thuốc".) Danh sách này cho biết những thuốc kê toa nào được Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan bảo hiểm.

Danh mục Thuốc cũng cho quý vị biết có quy định nào hoặc hạn chế nào đối với bất kỳ loại thuốc nào hay không, ví dụ như giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận. Xem Chương 5 Mục C để tìm hiểu thêm về các quy định và hạn chế này.

Mỗi năm, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về cách tiếp cận Danh sách Thuốc, nhưng trong năm cũng có thể có một số thay đổi. Để xem thông tin mới nhất về những loại thuốc nào được bảo hiểm, truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect hoặc gọi 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần.

J4. *Giải thích Quyền lợi*

Khi quý vị sử dụng các quyền lợi thuốc theo toa Phần D của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một báo cáo tóm tắt để giúp quý vị hiểu và theo dõi các khoản tiền chi trả cho thuốc theo toa Phần D của quý vị. Báo cáo tóm tắt này được gọi là tờ *Giải thích Quyền lợi* (EOB).

Tờ Giải EOB này cho quý vị biết tổng số tiền mà quý vị, hoặc người khác thay mặt cho quý vị, đã chi cho các thuốc theo toa Phần D của quý vị và tổng số tiền mà chúng tôi đã trả cho mỗi loại thuốc theo toa Phần D của quý vị trong tháng đó. EOB này cung cấp thêm thông tin về thuốc quý vị dùng. Chương 6 cho biết thêm thông tin về EOB này và nó có thể giúp quý vị theo dõi việc bảo hiểm cho thuốc của quý vị như thế nào.

EOB này cũng được cung cấp theo yêu cầu của quý vị. Để nhận bản sao, quý vị có thể gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần.

K. Cách giữ cho hồ sơ hội viên của quý vị cập nhật

Quý vị có thể luôn cập nhật hồ sơ của mình bằng cách báo cho chúng tôi biết khi có các thay đổi về thông tin của quý vị.

Các nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình cần được biết thông tin chính xác về quý vị. **Họ sử dụng hồ sơ hội viên của quý vị để biết quý vị sử dụng các dịch vụ và loại thuốc nào và quý vị sẽ phải trả bao nhiêu tiền cho chúng.** Vì vậy, điều hết sức quan trọng là quý vị phải giúp chúng tôi luôn cập nhật thông tin của quý vị.

Hãy cho chúng tôi biết những nội dung sau:

- Thay đổi tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị
- Các thay đổi về bất kỳ bảo hiểm y tế nào khác, ví dụ như bảo hiểm do chủ sở làm của quý vị cung cấp, bảo hiểm do chủ sở làm của vợ/chồng quý vị cung cấp, hay tiền đền bù cho công nhân chẳng hạn.
- Bất kỳ yêu cầu trách nhiệm nào, chẳng hạn như yêu cầu từ một vụ tai nạn xe hơi.
- Vào một nhà điều dưỡng hoặc bệnh viện.
- Chăm sóc tại một bệnh viện hay phòng cấp cứu.
- Các thay đổi về người chăm sóc (hoặc bất kỳ ai chịu trách nhiệm về quý vị).
- Quý vị là một phần hoặc trở thành một phần của nghiên cứu lâm sàng.

Nếu có bất kỳ thông tin nào thay đổi, vui lòng cho chúng tôi biết bằng cách gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần.

K1. Quyền riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân (PHI)

Thông tin trong hồ sơ hội viên có thể bao gồm thông tin sức khỏe cá nhân (PHI). Luật tiểu bang và liên bang yêu cầu chúng tôi giữ bí mật PHI của quý vị. Chúng tôi đảm bảo rằng PHI của quý vị được bảo vệ. Để biết thêm chi tiết về việc chúng tôi bảo mật cho PHI của quý vị như thế nào, xem Chương 8 Mục C.

Chương 2: Các số điện thoại và nguồn hỗ trợ quan trọng

Giới thiệu

Chương này cung cấp cho quý vị thông tin liên lạc về các nguồn lực quan trọng có thể giúp quý vị trả lời các câu hỏi của quý vị về Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan và các quyền lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị cũng có thể sử dụng chương này để nhận thông tin về cách liên lạc với Điều phối viên Chăm sóc của quý vị và những người khác có thể hỗ trợ thay mặt quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên.*

Mục lục

A. Cách liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 20

A1. Khi nào cần liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng 20

B. Cách liên hệ với Điều phối viên Chăm sóc của quý vị 23

B1. Khi nào cần liên lạc với Điều phối viên Chăm sóccủa quý vị 23

C. Làm sao để gọi cho Đường dây Tham khảo với Y tá 25

C1. Khi nào cần liên lạc với Đường dây Y tá Tư vấn 25

D. Làm sao để gọi cho Đường dây Hỗ trợ Giải Quyết Cơn Khủng hoảng Sức khỏe Hành vi 26

D1. Khi cần liên lạc Đường dây Hỗ trợ Giải Quyết Cơn Khủng hoảng Sức khỏe Hành vi Tâm thần 26

E. Làm sao để liên lạc với Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 28

E1. Khi cần liên lạc HICAP 28

F. Làm sao để liên lạc với Tổ chức Cải thiện Chất lượng (QIO) 29

F1. Khi nào cần liên lạc Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO) 29

G. Làm sao để liên lạc với Medicare 30

H. Làm sao để liên lạc với Medi-Cal Health Care Options 31

I. Cách liên lạc với chương trình Cal MediConnect Ombuds Program 32

J. Cách liên lạc với Dịch vụ Xã hội của Quận 33

K. Làm sao để liên lạc với Chương trình Sức khỏe Tâm thần Chuyên khoa của Quận quý vị 34

K1. Liên lạc chương trình sức khỏe tâm thần chuyên khoa của quận để: 34

L. Làm sao để liên lạc với Sở Quản lý Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California 35

M. Các nguồn hỗ trợ khác 36

A. Cách liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

ĐIỆN THOẠI	1-855-905-3825 Cuộc gọi này miễn phí. 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Quý vị có thể yêu cầu cung cấp miễn phí tài liệu này ở các dạng khác, như chữ in lớn, chữ nổi Braille và/hoặc âm thanh bằng cách gọi số bên trên. Chúng tôi có thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này miễn phí. Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có máy điện thoại đặc biệt mới gọi được số này. 8:00 giờ sáng – 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần.
VIẾT THƯ	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
TRANG MẠNG	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

A1. Khi nào cần liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng

- Hỏi về chương trình
- Hỏi về việc yêu cầu bồi hoàn, hóa đơn hoặc thẻ hội viên
- Quyết định bảo hiểm cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Quyết định bảo hiểm cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị là quyết định về:
    - Các quyền lợi và dịch vụ được bảo hiểm của quý vị **hoặc**
    - Số tiền chúng tôi sẽ trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.
  - Hãy gọi cho chúng tôi khi quý vị có thắc mắc về quyết định bảo hiểm cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị.

  - Để tìm hiểu thêm về quyết định bảo hiểm, xem Chương 9 Phần D.

- Kháng cáo về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Kháng cáo là một biện pháp chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi về việc bảo hiểm cho quý vị và yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định đó nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn.
  - Để tìm hiểu thêm về khiếu nại, xem Chương 9 Phần D.

- Khiếu nại về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào (kể cả nhà cung cấp dịch vụ trong hoặc ngoài mạng lưới). Nhà cung cấp trong mạng lưới là một nhà cung cấp làm việc với chương trình sức khỏe này. Quý vị cũng có thể khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được cho chúng tôi hoặc lên Tổ chức Cải thiện Chất lượng - Quality Improvement Organization (xem Mục F bên dưới).
  - Quý vị có thể gọi cho chúng tôi và giải thích về khiếu nại của quý vị. Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần.
  - Nếu khiếu nại của quý vị là về một quyết định bảo hiểm của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, quý vị có thể kháng cáo (xem mục trên).
  - Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cho Medicare. Quý vị có thể sử dụng mẫu trực tuyến tại địa chỉ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Hoặc quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu trợ giúp.
  - Quý vị có thể khiếu nại về Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan đến Chương trình Cal MediConnect Ombuds bằng cách gọi số 1-855-501-3077 (TTY: 1-855-847-7914), Thứ Hai - Thứ Sáu, 9:00 giờ sáng – 5:00 giờ chiều.
  - Để tìm hiểu thêm về việc khiếu nại dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, xem Chương 9 Mục J.

- Quyết định bảo hiểm cho thuốc của quý vị
  - Quyết định bảo hiểm cho thuốc của quý vị là quyết định về:
    - Các quyền lợi và thuốc được bảo hiểm của quý vị, **hoặc**
    - Số tiền chúng tôi sẽ trả cho thuốc của quý vị.

  - Định nghĩa này cũng áp dụng cho các thuốc Phần D, thuốc theo toa Medi-Cal, và thuốc mua không cần toa Medi-Cal của quý vị.
  - Để tìm hiểu thêm về quyết định bảo hiểm về thuốc kê toa của quý vị, xem Chương 9 Mục F.

- Kháng cáo về thuốc của quý vị
  - Kháng cáo là biện pháp yêu cầu chúng tôi thay đổi một quyết định bảo hiểm.
  - Để kháng cáo một quyết định bảo hiểm cho bất kỳ thuốc nào trong các thuốc của quý vị có tên trong *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm* (Danh mục thuốc) của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, liên lạc với bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần. Các thuốc Medi-Cal được đánh dấu (*) trong Danh mục Thuốc.
  - Để tìm hiểu thêm về kháng cáo đối với thuốc kê toa của quý vị, xem Chương 9 Mục J.

- Khiếu nại về thuốc của quý vị
  - Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc bất kỳ nhà thuốc nào. Quý vị cũng có thể khiếu nại về các thuốc theo toa của quý vị.
  - Nếu khiếu nại của quý vị là về một quyết định bảo hiểm của chúng tôi cho thuốc toa của quý vị, quý vị có thể kháng cáo. (Xem mục trên.)
  - Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cho Medicare. Quý vị có thể sử dụng mẫu trực tuyến tại địa chỉ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Hoặc quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu trợ giúp.
  - Để tìm hiểu thêm về kháng cáo đối với thuốc kê toa của quý vị, xem Chương 9 Mục J.

- Trả tiền cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc mà quý vị đã trả rồi
  - Để biết thêm về việc yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị, hoặc thanh toán cho hóa đơn mà quý vị đã được nhận, xem Chương 7 Mục A.
  - Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi trả một hóa đơn và chúng tôi từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu của quý vị, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Xem Chương 9 Mục D2 để tìm hiểu thêm về kháng cáo.

B. Cách liên hệ với Điều phối viên Chăm sóc của quý vị

Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe là người đã được đào tạo đặc biệt để giúp đỡ quý vị bằng cách điều phối việc chăm sóc. Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe của quý vị là một thành viên của Đội ngũ Chăm sóc của quý vị, họ sẽ phục vụ như một nơi liên lạc chính của quý vị. Quý vị sẽ được bố trí một Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe khi ghi danh vào chương trình sức khỏe này. Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe sẽ gọi cho quý vị để tự giới thiệu về họ và giúp xác định các nhu cầu của quý vị. Quý vị có thể liên hệ với Điều phối viên Chăm sóc của mình bằng cách gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan rồi chọn lấy một Điều phối viên Chăm sóc trong danh sách chờ. Sau khi quý vị đã được bố trí một Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe, quý vị có thể liên lạc trực tiếp với họ bằng cách gọi thẳng số điện thoại của họ. Để yêu cầu thay đổi Điều phối viên Chăm sóc của quý vị, quý vị có thể gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

ĐIỆN THOẠI	1-855-905-3825 Cuộc gọi này miễn phí. 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần Quý vị có thể nhận thông tin miễn phí ở các dạng khác, như chữ in lớn, chữ nổi Braille và/hoặc âm thanh bằng cách gọi số bên trên. Chúng tôi có thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này miễn phí. Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có máy điện thoại đặc biệt mới gọi được số này. 8:00 giờ sáng – 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần.
VIẾT THƯ	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
TRANG MẠNG	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

B1. Khi nào cần liên lạc với Điều phối viên Chăm sóccủa quý vị

- Hỏi về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị
- Hỏi về việc tìm dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi tâm thần (sức khỏe tâm thần và rối loạn do lạm dụng dược chất)

- Hỏi về dịch vụ vận chuyển
- Hỏi về các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)

LTSS bao gồm các Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS), các Chương trình Dịch vụ Người Cao niên Đa Mục đích (MSSP), và Cơ sở Điều dưỡng (NF).

Dịch vụ và Hỗ trợ Lâu dài (Long Term Services & Supports - LTSS) đề cập đến rất nhiều các dịch vụ hỗ trợ cho những người trưởng thành bị suy giảm chức năng và/hoặc mắc bệnh kinh niên đang sống độc lập tại cộng đồng hoặc trong cơ sở chăm sóc lâu dài. LTSS cung cấp cho những hội viên cần được trợ giúp để thực hiện những công việc hàng ngày như tắm rửa, thay quần áo, chuẩn bị bữa ăn, và sử dụng thuốc. Nếu quý vị cần trợ giúp để tiếp tục được sống độc lập, xin gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng để có giấy giới thiệu.

LTSS bao gồm: Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS), Dịch vụ Hỗ trợ tại Nhà (IHSS), Chương trình Dịch vụ Người Cao niên Đa Mục đích (MSSP), Chăm sóc Dài hạn/Giám sát.

Thỉnh thoảng quý vị có thể xin trợ giúp để chăm sóc sức khỏe hàng ngày và đáp ứng các nhu cầu của cuộc sống.

Có thể quý vị sẽ xin được các dịch vụ như sau:

- Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS),
- Chương trình Dịch vụ Người Cao niên Đa Mục đích (MSSP),
- Chăm sóc bởi điều dưỡng chuyên môn,
- Vật lý trị liệu,
- Hoạt động trị liệu,
- Ngữ âm trị liệu,
- Các dịch vụ xã hội trong y tế, và
- Chăm sóc sức khỏe tại nhà.

C. Làm sao để gọi cho Đường dây Tham khảo với Y tá

Đường dây Y tá Tư vấn của Blue Shield Promise of California Health Plan cung cấp y tá đã đăng ký túc trực để trả lời thắc mắc 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Gọi Đường dây Y tá Tư vấn theo số (800) 609-4166 (TTY 711). Y tá túc trực qua điện thoại để trả lời các thắc mắc thông thường về sức khỏe hoặc cung cấp các nguồn lực khác để biết thêm thông tin. Với Đường dây Y tá Tư vấn, hội viên có bản tóm tắt cuộc nói chuyện gửi qua email cho họ bao gồm tất cả thông tin và đường dẫn để dễ tham khảo.

ĐIỆN THOẠI	(800) 609-4166 (TTY 711) Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần Quý vị có thể yêu cầu cung cấp miễn phí tài liệu này ở các dạng khác, như chữ in lớn, chữ nổi Braille và/hoặc âm thanh bằng cách gọi số bên trên. Chúng tôi có thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này miễn phí. Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có máy điện thoại đặc biệt mới gọi được số này. 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần.

C1. Khi nào cần liên lạc với Đường dây Y tá Tư vấn

- Hỏi về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị

D. Làm sao để gọi cho Đường dây Hỗ trợ Giải Quyết Cơn Khủng hoảng Sức khỏe Hành vi

ĐIỆN THOẠI	Đường dây Hỗ trợ Giải quyết Cơn Khủng hoảng và Tiếp cận San Diego 1-888-724-7240 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần Chúng tôi có thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này miễn phí. Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có máy điện thoại đặc biệt mới gọi được số này. 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần.
ĐIỆN THOẠI	Blue Shield of California Promise Health Plan Managed Behavioral Health Organization – Beacon Health Options 1-855-321-2211 Cuộc gọi này miễn phí 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần Chúng tôi có thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi là miễn phí. Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có máy điện thoại đặc biệt mới gọi được số này. 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần

D1. Khi cần liên lạc Đường dây Hỗ trợ Giải Quyết Cơn Khủng hoảng Sức khỏe Hành vi Tâm thần

- Hỏi về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi tâm thần và lạm dụng dược chất
- Khi gặp Khủng hoảng về Sức khỏe Tâm thần, gọi Đường dây Hỗ trợ Giải quyết Cơn Khủng hoảng và Tiếp cận San Diego túc trực 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Thông tin liên lạc có ở trên.

- Khi quý vị có thắc mắc về các dịch vụ Rối loạn Lạm dụng Dược chất và Sức khỏe Tâm thần, liên lạc Blue Shield of California Promise Health Plan Behavioral Health Services. Thông tin liên lạc có ở trên.

- Các chương trình sức khỏe Cal MediConnect có trách nhiệm giúp cho người ghi danh được sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần (điều trị sức khỏe tâm thần và sử dụng dược chất) cần thiết về mặt y tế hiện đang được Medicare và Medi-Cal bảo hiểm.

Quý vị có thắc mắc về các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa tại quận của quý vị, vào trang 34.

E. Làm sao để liên lạc với Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, - HICAP)

Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program - HICAP) tư vấn miễn phí về bảo hiểm y tế cho người có Medicare. Các tư vấn viên của HICAP có thể giải đáp thắc mắc của quý vị và giúp quý vị biết phải làm gì để giải quyết vấn đề của quý vị. HICAP đã đào tạo tư vấn viên cho tất cả các quận, và các dịch vụ của họ được miễn phí.

HICAP không có quan hệ với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào.

ĐIỆN THOẠI	Elder Law and Advocacy 1-858-565-8772 Thứ Hai - Thứ Sáu, 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều
TTY	711 Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có máy điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
VIẾT THƯ	San Diego County HICAP Office 5151 Murphy Canyon Road, Suite 110 San Diego, CA 92123
TRANG MẠNG	http://www.aging.ca.gov/HICAP/

E1. Khi cần liên lạc HICAP

- Thắc mắc về chương trình Cal MediConnect plan hoặc thắc mắc khác về Medicare
  - Tư vấn viên của HICAP có thể giải đáp các thắc mắc của quý vị về việc đổi sang một chương trình mới và giúp quý vị:
    - hiểu rõ các quyền lợi của quý vị,
    - hiểu rõ các lựa chọn chương trình của quý vị,
    - khiếu nại về việc chăm sóc hoặc điều trị của quý vị, **và**
    - giải quyết các vấn đề về hóa đơn của quý vị.

F. Làm sao để liên lạc với Tổ chức Cải thiện Chất lượng (QIO)

Tiểu bang có một tổ chức có tên Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO). Đây là một nhóm bác sĩ và các nhân viên y tế khác giúp nâng cao chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Livanta BFCC-QIO không có quan hệ gì với chương trình của chúng tôi.

ĐIỆN THOẠI	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có máy điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
VIẾT THƯ	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road. Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
TRANG MẠNG	https://www.livantaqio.com/en

F1. Khi nào cần liên lạc Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO)

- Hỏi về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Quý vị có thể khiếu nại về dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận được nếu quý vị:
    - gặp vấn đề về phẩm chất chăm sóc,
    - nghĩ bệnh viện cho quý vị xuất viện quá sớm, **hoặc**
    - nghĩ dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (comprehensive outpatient rehabilitation facility - CORF) của quý vị được kết thúc quá sớm.

G. Làm sao để liên lạc với Medicare

Medicare là chương trình bảo hiểm y tế của liên bang dành cho người từ 65 tuổi trở lên, một số người nào đó chưa đủ 65 tuổi nhưng bị khuyết tật, và người bị bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận vĩnh viễn phải chạy thận nhân tạo hoặc ghép thận).

Cơ quan liên bang phụ trách Medicare là Centers for Medicare & Medicaid Services, gọi tắt là CMS.

ĐIỆN THOẠI	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Đây là số miễn phí, phục vụ 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.
TTY	1-877-486-2048 Cuộc gọi là miễn phí. Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có máy điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
TRANG MẠNG	www.medicare.gov Đây là trang mạng chính thức của Medicare. Trang này cung cấp cho quý vị các thông tin mới nhất về Medicare. Nó cũng đưa thông tin về các bệnh viện, nhà điều dưỡng, bác sĩ, cơ quan dịch vụ chăm sóc tại nhà, cơ sở chạy thận nhân tạo. Nó cũng có những tài liệu nhỏ mà quý vị có thể in ra ngay bằng máy vi tính của quý vị. Quý vị cũng có thể tìm các thông tin liên lạc của Medicare tại tiểu bang của quý vị bằng cách chọn “Forms, Help & Resources” (Mẫu đơn, "Trợ giúp & Nguồn Hỗ trợ") rồi bấm “Phone numbers & websites” ("Các số điện thoại & trang mạng"). Trang mạng Medicare có công cụ sau đây để giúp quý vị tìm các chương trình tại khu vực của quý vị: **Công cụ Tìm Kiếm Chương Trình Medicare:** Đây là bộ tìm kiếm chương trình Medicare, nó cung cấp thông tin riêng cho từng người về các chương trình thuốc theo toa của Medicare, chương trình sức khỏe Medicare, và các chính sách Medigap (Bảo hiểm bổ sung cho Medicare) tại khu vực của quý vị. Chọn “Tìm chương trình.” Nếu quý vị không có máy vi tính, thư viện hoặc trung tâm người cao niên tại địa phương của quý vị có thể giúp quý vị xem trang mạng này bằng máy vi tính của họ. Hoặc, quý vị cũng có thể gọi cho Medicare theo số nêu trên và cho họ biết quý vị cần tìm gì. Họ sẽ tìm kiếm thông tin đó trên trang mạng này, in ra, và gửi cho quý vị.

H. Làm sao để liên lạc với Medi-Cal Health Care Options

Medi-Cal Health Care Options (Phòng Cung cấp Các Nguồn Trợ giúp để Chọn lựa Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe Medi-Cal) có thể giúp đỡ cho quý vị khi quý vị có thắc mắc về việc chọn Cal MediConnect Plan hoặc các vấn đề khác về ghi danh.

ĐIỆN THOẠI	1-844-580-7272 Nhân viên đại diện của Health Care Options phục vụ từ 8:00 giờ sáng đến 6:00 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TTY	1-800-430-7077 Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có máy điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
VIẾT THƯ	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
TRANG MẠNG	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

I. Cách liên lạc với chương trình Cal MediConnect Ombuds Program

Chương trình Thanh tra Cal MediConnect hoạt động như một người biện hộ thay cho quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu phải làm gì. Chương trình Thanh tra Cal MediConnect có thể giúp quý vị giải quyết các vấn đề về dịch vụ hoặc hóa đơn. Chương trình Thanh tra Cal MediConnect không có quan hệ gì với chương trình của chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình sức khỏe nào. Các dịch vụ của họ đều miễn phí.

ĐIỆN THOẠI	1-855-501-3077 Cuộc gọi này là miễn phí. Thứ Hai - Thứ Sáu, 9:00 SA giờ sáng đến 5:00 giờ chiều
TTY	1-855-847-7914 Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có máy điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
VIẾT THƯ	Legal Aid Society of San Diego Consumer Center for Health Education & Advocacy 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110
TRANG MẠNG	www.healthconsumer.org

J. Cách liên lạc với Dịch vụ Xã hội của Quận

Nếu quý vị cần giúp về quyền lợi dịch vụ xã hội và sức khỏe của Quận San Diego , vui lòng liên hệ với Bộ phận Dịch vụ Xã hội của Quận tại địa phương của mình.

ĐIỆN THOẠI	1-866-262-9881 Cuộc gọi này là miễn phí. Nhân viên đại diện Dịch vụ Sức khỏe và Nhân sinh phục vụ từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Đường dây Tiếp cận Tự phục vụ của chúng tôi hoạt động 24 giờ, 7 ngày một tuần. Người gọi sẽ cần nhập Số An sinh Xã hội (SSN) để sử dụng hệ thống.
TTY	1-619-589-4459 Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có máy điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
VIẾT THƯ	Health and Human Services Agency County of San Diego PO Box 85027 San Diego, CA 92186
TRANG MẠNG	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html

K. Làm sao để liên lạc với Chương trình Sức khỏe Tâm thần Chuyên khoa của Quận quý vị

Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal được cung cấp cho quý vị qua chương trình sức khỏe tâm thần (mental health plan - MHP) của quận nếu quý vị hội đủ các tiêu chuẩn về tính cần thiết về mặt y tế.

ĐIỆN THOẠI	1-888-724-7240 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần. Chúng tôi có thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi này miễn phí. Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có máy điện thoại đặc biệt mới gọi được số này. 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần.

K1. Liên lạc chương trình sức khỏe tâm thần chuyên khoa của quận để:

- Hỏi về các dịch vụ sức khỏe hành vi tâm thần do quận cung cấp
- Các dịch vụ sức khỏe tâm thần bao gồm nhưng không giới hạn:
    - Các dịch vụ sức khỏe tâm thần bệnh nhân ngoại trú,
    - Điều trị ban ngày,
    - Can thiệp khủng hoảng và ổn định,
    - Quản lý trường hợp theo mục tiêu,
    - Điều trị tại nơi ở cho người lớn, và
    - Điều trị khủng hoảng tại nơi ở.

L. Làm sao để liên lạc với Sở Quản lý Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California

Sở Quản lý Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California (California Department of Managed Health Care - DMHC) chịu trách nhiệm quy định cho các chương trình sức khỏe. Trung tâm Trợ giúp của DMHC có thể giúp quý vị kháng cáo hoặc khiếu nại chương trình sức khỏe của quý vị về các dịch vụ Medi-Cal.

ĐIỆN THOẠI	1-888-466-2219 Nhân viên đại diện của DMHC phục vụ từ 8:00 giờ sáng đến 6:00 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TTY	1-877-688-9891 Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có máy điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
VIẾT THƯ	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
TRANG MẠNG	www.dmhc.ca.gov

M. Các nguồn hỗ trợ khác

Cách liên lạc Các Dịch vụ Người Cao niên và Tự lực của Quận San Diego (San Diego County Aging and Independence Services, AIS)

AIS cung cấp dịch vụ cho người lớn tuổi, người khuyết tật và thành viên gia đình của họ, để giúp họ an toàn trong nhà của họ, thúc đẩy cuộc sống lành mạnh và sống còn, và công bố những đóng góp tích cực của người lớn tuổi và người khuyết tật.

ĐIỆN THOẠI	1-800-510-2020 Thứ Hai - Thứ Sáu, 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều
TTY	711 Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có máy điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
VIẾT THƯ	Health and Human Services Agency County of San Diego 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
TRANG MẠNG	http://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/ais/

Cách liên lạc Trung tâm Khu vực Quận San Diego (San Diego County Regioal Centers)

Các trung tâm khu vực là các tập đoàn tư nhân phi lợi nhuận ký hợp đồng với Sở Dịch vụ Phát triển (Department of Developmental Services) để cung cấp hoặc điều phối các dịch vụ và hỗ trợ cho các cá nhân bị khuyết tật phát triển. Họ có văn phòng trên khắp California để cung cấp các nguồn lực địa phương để giúp tìm và tiếp cận nhiều dịch vụ có sẵn cho các cá nhân và gia đình của họ.

ĐIỆN THOẠI	1-858-576-2996 Thứ Hai - Thứ Sáu, 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều
VIẾT THƯ	San Diego Regional Center 4355 Ruffin Rd, Suite 200 San Diego, CA 92123
TRANG MẠNG	http://sdrc.org/

Cách liên lạc Hiệp hội Hỗ trợ Pháp lý San Diego (Legal Aid Society of San Diego)

Ngoài trung tâm khách hàng sức khỏe của Hiệp hội Hỗ trợ Pháp lý San Diego (LASSD) và chương trình dịch vụ Thanh tra CMC, LASSD còn cung cấp một loạt các dịch vụ pháp lý năng động. LASSD cung cấp các dịch vụ pháp lý trong các lĩnh vực pháp luật về nhà ở (ví dụ như phòng chống ma túy, sinh hoạt, vi phạm nhà ở công bằng, v.v.), luật gia đình (ly dị, quyền nuôi con, thăm viếng và tranh chấp hỗ trợ, v.v.), luật di trú (bản kiến nghị gia đình, thị thực U/T, v.v.), bảo vệ người tiêu dùng (bảo vệ tập thể, tranh chấp hợp đồng, v.v.) và nhiều hơn nữa.

ĐIỆN THOẠI	1-877-534-2524 Thứ Hai - Thứ Sáu, 9:00 SA giờ sáng đến 5:00 giờ chiều
TTY	1-800-735-2929 Số điện thoại này dành cho những người bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Quý vị phải có máy điện thoại đặc biệt mới gọi được số này.
VIẾT THƯ	**Southeast San Diego Office** 110 S. Euclid Avenue San Diego, CA 92114 **Midtown San Diego Office** 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110 **North County Office** 216 S. Tremont Street Oceanside, CA 92054
TRANG MẠNG	www.lassd.org

Chương 3: Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được bảo hiểm khác của quý vị

Giới thiệu

Chương này có các điều khoản và quy tắc cụ thể quý vị cần biết để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được bảo hiểm khác với Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Nó cũng cho quý vị biết về Điều phối viên Chăm sóc của quý vị, cách nhận dịch vụ chăm sóc từ các loại nhà cung cấp khác nhau và trong một số trường hợp đặc biệt (kể cả từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoặc nhà thuốc), phải làm gì khi quý vị thanh toán trực tiếp cho các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bảo hiểm và quy tắc sở hữu Thiết bị Y tế Lâu bền (DME). Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Thông tin về các “dịch vụ,” “dịch vụ được bảo hiểm,” “nhà cung cấp,” và “nhà cung cấp trong mạng lưới” 41

B. Các quy định về việc nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi, và dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) được chương trình bảo hiểm 41

C. Thông tin về Điều phối viên Chăm sóc của quý vị 43

C1. Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe là 43

C2. Quý vị có thể liên lạc với Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe của quý vị bằng cách nào 43

C3. Quý vị có thể thay đổi Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe của quý vị bằng cách nào 44

D. Chăm sóc từ nhà cung cấp chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác trong mạng lưới, và các nhà cung cấp dịch vụ y tế ngoài mạng lưới 44

D1. Chăm sóc từ nhà cung cấp chăm sóc chính 44

D2. Chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp khác trong mạng lưới 47

D3. Phải làm gì khi nhà cung cấp trong mạng lưới rời khỏi chương trình? 48

D4. Làm sao để được chăm sóc bởi các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới 48

E. Làm sao để nhận các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) 49

F. Làm sao để được nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn do lạm dụng dược chất) 50

F1. Những dịch vụ sức khỏe hành vi Medi-Cal nào được cung cấp ngoài Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan qua Sở Sức khỏe Hành vi của Quận San Diego? 50

G. Làm sao để nhận các dịch vụ vận chuyển 52

H. Làm sao để được nhận dịch vụ được đài thọ khi quý vị có nhu cầu chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp, hay khi gặp tai họa 53

H1. Chăm sóc khi quý vị cần cấp cứu y tế 53

H2. Chăm sóc khẩn cấp cần thiết 54

H3. Chăm sóc khi gặp tai họa 55

I. Cần phải làm gì nếu quý vị bị ghi hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ được chương trình bảo hiểm 55

I1. Cần phải làm gì khi các dịch vụ đó không được chương trình chúng tôi bảo hiểm 56

J. Bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng 56

J1. Định nghĩa nghiên cứu lâm sàng 56

J2. Thanh toán các dịch vụ khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng 57

J3. Tìm hiểu thêm về các nghiên cứu lâm sàng 57

K. Làm thế nào để các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ được bảo hiểm khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo 58

K1. Định nghĩa tổ chức chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo 58

K2. Nhận chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo 58

L. Thiết bị Y tế Lâu bền (DME) 59

L1. DME với tư cách hội viên của chương trình chúng tôi 59

L2. Quyền sở hữu DME khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc Medicare Advantage 60

L3. Quyền lợi đối với thiết bị oxy với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi 60

L4. Thiết bị oxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc Medicare Advantage 61

A. Thông tin về các "dịch vụ," "dịch vụ được bảo hiểm," "nhà cung cấp," và "nhà cung cấp trong mạng lưới"

Dịch vụ nghĩa là các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, vật dụng y tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, thuốc theo toa và thuốc mua không cần toa, thiết bị và các dịch vụ khác. **Dịch vụ được bảo hiểm** là bất kỳ dịch vụ nào trong các dịch vụ này mà chương trình chúng tôi sẽ thanh toán. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi, và dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) được bảo hiểm được liệt kê trong Bảng Quyền lợi tại Chương 4 Mục D.

Nhà cung cấp là các bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp cho quý vị các dịch vụ và hoạt động chăm sóc. Thuật ngữ nhà cung cấp dịch vụ cũng chỉ các bệnh viện, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, các phòng khám, và những nơi khác cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi, thiết bị y tế, và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) nào đó.

Nhà cung cấp trong mạng lưới là các nhà cung cấp có cộng tác với chương trình sức khỏe này. Các nhà cung cấp này đã đồng ý chấp thuận khoản thanh toán của chúng tôi dưới dạng trọn gói. Các nhà cung cấp trong mạng lưới tính hóa đơn trực tiếp cho chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị. Khi đến thăm khám tại một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới, quý vị luôn không phải trả bất kỳ khoản tiền nào cho dịch vụ được bảo hiểm.

B. Các quy định về việc nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi, và dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) được chương trình bảo hiểm

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal bảo hiểm. Các dịch vụ đó bao gồm cả dịch vụ sức khỏe hành vi tâm thần, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS).

Thông thường, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi, và LTSS mà quý vị sử dụng nếu quý vị tuân thủ các quy định của chương trình. Để được chương trình của chúng tôi bảo hiểm:

- Dịch vụ chăm sóc mà quý vị sử dụng phải là một **quyền lợi chương trình.** Nói vậy có nghĩa là dịch vụ đó phải được nêu trong Bảng Phúc lợi của chương trình. (Bảng này nằm ở Chương 4 Phần D của cuốn sổ tay này).
- Dịch vụ chăm sóc đó phải được xác định là **cần thiết về mặt y khoa.** Cần thiết về mặt y khoa có nghĩa là quý vị cần phải dùng các dịch vụ đó để phòng ngừa, chẩn đoán, hoặc điều trị bệnh trạng của quý vị hoặc để duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Các dịch vụ chăm sóc giúp quý vị khỏi phải vào bệnh viện hoặc nhà điều dưỡng cũng được xem là cần thiết. Nó cũng có nghĩa là các dịch vụ, đồ tiếp liệu, hoặc các loại thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn hành nghề y tế đã được chấp nhận.

- Về dịch vụ y tế, quý vị phải được một **nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (primary care provider - PCP)** yêu cầu sử dụng dịch vụ đó cho quý vị hoặc bảo quý vị đi khám chữa tại một bác sĩ khác**.** Là hội viên của chương trình, quý vị phải chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới làm PCP của mình.
    - Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải được chương trình chúng tôi chấp thuận trước trước khi quý vị có thể thăm khám bất kỳ ai không phải là PCP của quý vị hoặc được sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình. Đây được gọi là **giới thiệu**. Nếu quý vị không được chấp thuận, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan có thể sẽ không bảo hiểm cho thuốc đó. Quý vị không cần giấy giới thiệu để thăm khám một số bác sĩ chuyên khoa, như bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ. Để tìm hiểu thêm về giới thiệu, xin xem tại trang 46.
    - Các PCP của chương trình chúng tôi có liên kết với những nhóm y tế. Để tìm hiểu thêm về việc chọn PCP, xin xem Mục D của chương này. Điều này có nghĩa là PCP của quý vị sẽ giới thiệu quý vị đến những bác sĩ chuyên khoa và dịch vụ có liên kết với nhóm y tế của họ. Nhóm y tế là một tổ chức bác sĩ chăm sóc chính và bác sĩ chuyên khoa được tạo lập dể cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được điều phối cho quý vị.
    - Quý vị không cần phải xin giấy giới thiệu của PCP của quý vị trong trường hợp chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết hay để thăm khám tại một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc phụ khoa. Quý vị có thể được nhận các loại dịch vụ chăm sóc khác mà không cần phải có giấy giới thiệu của PCP của quý vị. Để tìm hiểu thêm về việc này, xin xem tại trang 46
    - Để tìm hiểu thêm về việc chọn PCP, xin xem tại trang 45
- **Quý vị phải sử dụng dịch vụ chăm sóc của các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới có liên kết với nhóm y khoa của PCP***.* Thông thường, chương trình sẽ không bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của một nhà cung cấp không cộng tác với chương trình sức khỏe và nhóm y tế của PCP của quý vị. Dưới đây là một số trường hợp không áp dụng quy định này:
    - Chương trình bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết của một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu thêm và để biết chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết nghĩa là gì, xem Mục H, trang 53.
    - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc mà chương trình của chúng tôi bảo hiểm và các nhà cung cấp trong mạng lưới không thể cung cấp cho quý vị, quý vị có thể tiếp nhận dịch vụ chăm sóc đó từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Phải cần và xin chương trình cho phép trước khi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc. Trong trường hợp này, chúng tôi sẽ đài thọ cho dịch vụ chăm sóc đó chẳng khác gì như quý vị đã

nhận từ một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới. Để tìm hiểu về nhận phê duyệt để thăm khám với Nhà cung cấp ngoài mạng lưới, xem Phần D, trang 44.

- Chương trình sẽ bảo hiểm cho các dịch vụ thẩm tách thận khi quý vị ở ngoài vùng dịch vụ của chương trình trong một khoảng thời gian ngắn. Quý vị có thể sử dụng các dịch vụ này tại một cơ sở chạy thận nhân tạo của Medicare.
- Khi mới tham gia chương trình này, quý vị có thể yêu cầu cho tiếp tục được thăm khám với các nhà cung cấp dịch vụ hiện tại của quý vị. Trừ một số trường hợp ngoại lệ, chúng tôi được yêu cầu phải chấp thuận yêu cầu này nếu chúng tôi xác minh được rằng quý vị đã có sẵn mối quan hệ với nhà cung cấp đó (xem Chương 1, trang 10). Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu của quý vị, quý vị có thể tiếp tục thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ mà quý vị hiện đang thăm khám trong tối đa 12 tháng cho các dịch vụ. Trong thời gian đó, Điều phối viên Chăm sóc của quý vị sẽ giúp quý vị tìm nhà cung cấp dịch vụ trong mạng của chúng tôi có liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị. Sau 12 tháng, chúng tôi sẽ không bảo hiểm cho việc chăm sóc của quý vị nữa nếu quý vị tiếp tục thăm khám tại những nhà cung cấp dịch vụ không nằm trong mạng lưới của chúng tôi và không liên kết với nhóm y tế của PCP quý vị.

C. Thông tin về Điều phối viên Chăm sóc của quý vị

C1. Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe là

Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe là người đã được đào tạo đặc biệt để giúp đỡ quý vị bằng cách điều phối việc chăm sóc. Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe của quý vị là một thành viên của Đội ngũ Chăm sóc của quý vị, họ sẽ phục vụ như một nguồn thông tin/liên lạc chính của quý vị. Quý vị sẽ được chỉ định một Điều phối viên Chăm sóc khi quý vị ghi danh tham gia Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe sẽ gọi cho quý vị để tự giới thiệu về họ và giúp xác định các nhu cầu của quý vị.

C2. Quý vị có thể liên lạc với Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe của quý vị bằng cách nào

Quý vị có thể liên hệ với Điều phối viên Chăm sóc của mình bằng cách gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan rồi chọn lấy một Điều phối viên Chăm sóc trong danh sách chờ. Sau khi quý vị đã được bố trí một Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe, quý vị có thể liên lạc trực tiếp với họ bằng cách gọi thẳng số điện thoại của họ.

C3. Quý vị có thể thay đổi Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe của quý vị bằng cách nào

Để yêu cầu thay đổi Điều phối viên Chăm sóc của quý vị, quý vị có thể gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần.

D. Chăm sóc từ nhà cung cấp chăm sóc chính, bác sĩ chuyên khoa, các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác trong mạng lưới, và các nhà cung cấp dịch vụ y tế ngoài mạng lưới

D1. Chăm sóc từ nhà cung cấp chăm sóc chính

Quý vị phải chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) để cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Các PCP của chương trình chúng tôi có liên kết với những tập đoàn y tế. Khi chọn bác sĩ PCP, quý vị cùng lúc chọn nhóm y tế có liên kết với bác sĩ của quý vị.

Định nghĩa "PCP" và PCP cung cấp cho quý vị những gì

PCP của quý vị là một bác sĩ đáp ứng được các yêu cầu của tiểu bang và được đào tạo để cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc y tế cơ bản. PCP có thể là một Bác sĩ Gia đình (Family Practitioner), Bác sĩ Đa khoa (General Practitioner), Bác sĩ Nội khoa (Internal Medicine provider), và một bác sĩ chuyên khoa theo yêu cầu. Quý vị có thể chọn một bác sĩ chuyên khoa để làm PCP cho quý vị nếu bác sĩ chuyên khoa đó đồng ý cung cấp cho quý vị tất cả các dịch vụ mà các PCP thường cung cấp. Để yêu cầu bác sĩ chuyên khoa của quý vị làm PCP cho quý vị, quý vị có thể liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (số điện thoại và giờ làm việc có in tại phần cuối của trang này). Quý vị cũng có thể chọn một phòng khám, ví dụ như các Trung tâm Y tế Đạt Tiêu Chuẩn Liên Bang (Federally Qualified Health Centers - FQHC), làm PCP cho quý vị.
Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc thường lệ hoặc cơ bản của quý vị với bác sĩ PCP của quý vị. PCP của quý vị cũng có thể điều phối phần còn lại của những dịch vụ được bảo hiểm mà quý vị cần. Các dịch vụ được bảo hiểm này gồm có:

- Chụp X-quang
- Xét nghiệm
- Liệu pháp điều trị
- Dịch vụ chăm sóc của các bác sĩ chuyên khoa
- Tiếp nhận vào bệnh viện, và
- Chăm sóc theo dõi.

Các PCP của chương trình chúng tôi có liên kết với những nhóm y tế nào đó. Tập đoàn y tế (medical group) hay hiệp hội hành nghề độc lập (IPA) là một tổ chức được thành lập theo

luật pháp của bang California có hợp đồng với các chương trình sức khỏe để cung cấp hoặc sắp xếp để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người ghi danh vào chương trình sức khỏe. Khi quý vị chọn PCP cho mình, quý vị cũng chọn tập đoàn y tế liên kết đó. Điều này có nghĩa là PCP của quý vị sẽ giới thiệu quý vị đến những bác sĩ chuyên khoa và dịch vụ có liên kết với nhóm y tế của họ.

Trong hầu hết mọi trường hợp, quý vị đều phải gặp PCP của quý vị trước để xin giấy giới thiệu rồi mới đến khám tại các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hoặc bác sĩ chuyên khoa. Quý vị có thể tự giới thiệu mình với bác sĩ sản khoa và phụ khoa (OBGYN) trong nhóm y tế hoặc Hiệp hội Hành nghề Độc lập (IPA) có hợp đồng của quý vị để xét nghiệm phết Pap, khám vùng chậu và khám vú thường lệ hàng năm. Sau khi việc giới thiệu này được nhóm y tế của PCP của quý vị chấp thuận, quý vị có thể hẹn với bác sĩ chuyên khoa đó hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác để được nhận dịch vụ điều trị mà quý vị cần. Bác sĩ chuyên khoa đó sẽ thông báo với PCP của quý vị khi hoàn tất việc điều trị hay dịch vụ của quý vị để PCP của quý vị có thể tiếp tục tiến hành việc chăm sóc cho quý vị.

Để quý vị có thể nhận được các dịch vụ nào đó, PCP của quý vị phải xin Chương trình, hoặc trong một số trường hợp, là tập đoàn y tế liên kết của PCP quý vị, chấp thuận trước. Việc chấp thuận trước này được gọi là "cấp giấy cho phép trước".

Lựa chọn PCP

Khi trở thành hội viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải chọn một nhà cung cấp dịch vụ của chương trình để làm PCP cho quý vị. Để chọn PCP cho mình, quý vị có thể:

- Sử dụng Danh mục Nhà cung cấp & Nhà thuốc. Xem bảng chú dẫn về "Bác sĩ Chăm sóc Chính" (“Primary Care Physicians”) tại mặt sau của danh mục để tìm bác sĩ mà quý vị muốn dùng. (Bảng chú dẫn này được sắp xếp theo họ của các bác sĩ.); hoặc
- Vào trang mạng của chúng tôi www.bluehshieldca.com/promise/calmediconnect rồi tìm PCP mà quý vị muốn dùng; hoặc
- Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan để xin trợ giúp (số điện thoại và giờ làm việc có in tại phần cuối của trang này).

Để biết nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị muốn dùng có thể sử dụng được hay không hoặc họ có tiếp nhận bệnh nhân mới hay không, xin tham khảo *Danh mục Nhà cung cấp & Nhà thuốc* trên trang mạng của chúng tôi tại www.bluehshieldca.com/promise/calmediconnect hoặc gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng (số điện thoại và giờ làm việc có in tại phần cuối của trang này).

Nếu có bác sĩ chuyên khoa hay bệnh viện nào đó của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan mà quý vị muốn dùng, điều quan trọng là quý vị phải tìm hiểu xem họ có liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị hay không. Quý vị có thể tìm trong *Danh mục Nhà cung cấp*

và Nhà thuốc trên trang mạng của chúng tôi tại www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect, hoặc nhờ bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan kiểm tra xem PCP mà quý vị muốn dùng có giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa đó hoặc sử dụng bệnh viện đó hay không.

Tùy chọn thay đổi PCP của mình

Quý vị có thể đổi PCP của quý vị vì bất cứ lý do nào, vào bất cứ lúc nào. Ngoài ra, cũng có thể phải làm việc này khi PCP của quý vị rời khỏi mạng lưới của chúng tôi. Nếu PCP của quý vị rời khỏi mạng lưới của chúng tôi, chúng tôi có thể giúp quý vị tìm một PCP mới, trong mạng lưới của chúng tôi nếu người quý vị hiện có rời khỏi mạng lưới của chúng tôi.

Quý vị có thể thực hiện theo các bước trong mục “Lựa chọn PCP của quý vị,” ở trên để đổi PCP của quý vị. Quý vị nhớ gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng để báo cho họ biết quý vị sẽ thay đổi PCP của mình (số điện thoại và giờ làm việc có in tại phần cuối của trang này).

Sau khi đã yêu cầu đổi, quý vị sẽ được bố trí cho một PCP mới cùng với Nhóm Y tế liên kết của họ vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo sau khi quý vị yêu cầu đổi PCP của quý vị.

Tên và số điện thoại văn phòng của PCP của quý vị có in trên thẻ hội viên của quý vị. Nếu đổi PCP, quý vị sẽ được cấp thẻ hội viên mới.

Xin nhớ rằng, các PCP của chương trình chúng tôi có liên kết với những nhóm y tế. Nếu quý vị đổi PCP, quý vị cũng có thể sẽ đổi cả nhóm y tế. Khi quý vị yêu cầu đổi, hãy nhớ cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng biết quý vị có đang thăm khám tại một bác sĩ chuyên khoa nào đó hay không hoặc nhận những dịch vụ được bảo hiểm khác mà cần phải có sự chấp thuận của PCP hay không. Bộ phận Chăm sóc Khách hàng sẽ giúp bảo đảm cho quý vị được tiếp tục chăm sóc chuyên khoa và sử dụng những dịch vụ khác khi quý vị đổi PCP.

Các dịch vụ quý vị có thể nhận mà không cần chấp thuận trước từ PCP của mình

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị đều phải có sự chấp thuận trước của PCP, thì mới được khám với các nhà cung cấp khác. Việc chấp thuận này được gọi là **giới thiệu**. Quý vị có thể sử dụng các dịch vụ tương tự như những dịch vụ liệt kê sau đây mà không phải xin PCP của quý vị chấp thuận trước:

- Các dịch vụ cấp cứu của nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết của nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới.
- Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết của nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới khi quý vị không thể đến với nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới (ví dụ, khi quý vị đang ở ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình).
- Các dịch vụ chạy thận nhân tạo thực hiện tại một cơ sở chạy thận nhân tạo được Medicare chứng nhận khi quý vị đang ở ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chương

trình. (Vui lòng gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng trước khi quý vị rời khỏi khu vực cung cấp dịch vụ. Chúng tôi có thể giúp quý vị lọc thận khi quý vị đi xa.)

- Chích ngừa cúm, chích ngừa viêm gan B, và chích ngừa viêm phổi với điều kiện là phải do nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới thực hiện.
- Chăm sóc phụ khoa thường lệ và các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Các dịch vụ này bao gồm khám nhũ, chụp quang tuyến vú tầm soát (chụp X-quang nhũ), các xét nghiệm tầm soát ung thư cổ tử cung PAP và các kiểm tra vùng chậu miễn là quý vị sử dụng các dịch vụ này từ một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới.
- Ngoài ra, nếu quý vị đủ tiêu chuẩn được nhận các dịch vụ của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người Mỹ bản địa, quý vị có thể đến thăm khám tại những nhà cung cấp dịch vụ này mà không cần phải có giấy giới thiệu.

D2. Chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp khác trong mạng lưới

Bác sĩ chuyên khoa là bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đối với một căn bệnh hoặc bộ phận cụ thể của cơ thể. Có nhiều loại bác sĩ chuyên khoa: Sau đây là một vài ví dụ:

- Dịch vụ chăm sóc của các bác sỹ chuyên khoa ung thư cho các bệnh nhân bị ung thư.
- Bác sĩ chuyên khoa tim (Cardiologist) chăm sóc cho bệnh nhân tim.
- Bác sĩ chuyên khoa chỉnh hình (Orthopedist) chăm sóc cho bệnh nhân bị các vấn đề ở xương, khớp, hoặc cơ.

Khi quý vị cần được chăm sóc chuyên khoa hoặc cần thêm các dịch vụ mà PCP của quý vị không thể cung cấp, họ sẽ giới thiệu cho quý vị đến các nhà chuyên khoa. Sau khi việc giới thiệu này được nhóm y tế của PCP của quý vị chấp thuận, quý vị có thể hẹn với bác sĩ chuyên khoa đó hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác để được nhận dịch vụ điều trị mà quý vị cần. Bác sĩ chuyên khoa đó sẽ thông báo với PCP của quý vị khi hoàn tất việc điều trị hay dịch vụ của quý vị để PCP của quý vị có thể tiếp tục tiến hành việc chăm sóc cho quý vị.

PCP của quý vị cần phải xin Chương trình chấp thuận trước cho quý vị được sử dụng một số các dịch vụ nào đó. Việc chấp thuận trước này được gọi là "cấp giấy cho phép trước". Ví dụ như, cần phải xin phép trước cho mọi trường hợp nội trú tại bệnh viện không thuộc dạng cấp cứu. Trong một số trường hợp nào đó, nhóm y tế liên kết với PCP của quý vị, chứ không phải là chương trình chúng tôi, cũng có thể cấp giấy cho phép quý vị được sử dụng dịch vụ.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc gì về việc ai sẽ chịu trách nhiệm gửi và chấp thuận giấy xin phép trước cho các dịch vụ, xin liên lạc với tập đoàn y tế liên kết với PCP của quý vị. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng. Để tìm hiểu thêm về những dịch vụ nào cần phải xin giấy cho phép trước, vui lòng tham khảo Bảng Quyền lợi tại Chương 4, Mục D.

D3. Phải làm gì khi nhà cung cấp trong mạng lưới rời khỏi chương trình?

Nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị đang sử dụng có thể sẽ rời khỏi chương trình của chúng tôi. Nếu một trong các nhà cung cấp của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có các quyền và bảo trợ nhất định được tóm tắt dưới đây:

- Mặc dù mạng lưới các nhà cung cấp có thể thay đổi trong năm, chúng tôi phải cho quý vị liên tục sử dụng các nhà cung cấp đủ điều kiện.
- Chúng tôi sẽ nỗ lực để gửi thông báo cho quý vị trước ít nhất 30 ngày để quý vị có thời gian lựa chọn một nhà cung cấp mới.
- Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn một nhà cung cấp mới đủ điều kiện để tiếp tục quản lý các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Nếu quý vị đang trong quá trình điều trị, quý vị có quyền yêu cầu, và chúng tôi sẽ bàn bạc với quý vị để bảo đảm, việc điều trị cần thiết về mặt y tế mà quý vị đang nhận sẽ không bị gián đoạn.
- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi đã không thay được nhà cung cấp dịch vụ cũ bằng một nhà cung cấp dịch vụ mới đủ điều kiện hoặc việc chăm sóc của quý vị được thực hiện không thỏa đáng, quý vị có quyền nộp đơn kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Nếu quý vị biết một trong các nhà cung cấp dịch vụ của quý vị sẽ rời khỏi chương trình của chúng tôi, xin báo cho chúng tôi biết để chúng tôi có thể giúp quý vị tìm nhà cung cấp dịch vụ mới để giải quyết việc chăm sóc cho quý vị. Quý vị có thể gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày một tuần.

D4. Làm sao để được chăm sóc bởi các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới

Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare và/hoặc Medi-Cal yêu cầu chương trình chúng tôi bảo hiểm và các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới của chúng tôi không thể cung cấp được dịch vụ chăm sóc này, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc này tại một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới. Bác sĩ Chăm sóc Chính của quý vị có trách nhiệm gửi yêu cầu xin giấy phép trước cho các dịch vụ ngoài mạng lưới. Quý vị phải nhận được giấy phép từ chương trình hoặc nhóm y tế liên kết của PCP của quý vị thì mới được sử dụng dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Trong trường hợp này, quý vị sẽ thanh toán đúng bằng mức quý vị sẽ trả nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.

Nếu quý vị đến khám với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, nhà cung cấp dịch vụ đó phải hội đủ tiêu chuẩn để được tham gia vào Medicare và/hoặc Medi-Cal.

- Chúng tôi không thể trả tiền cho một nhà cung cấp dịch vụ không đủ tiêu chuẩn tham gia vào Medicare và/hoặc Medi-Cal.

- Nếu quý vị đến khám với một nhà cung cấp dịch vụ không đủ tiêu chuẩn tham gia vào Medicare, quý vị phải trả toàn bộ chi phí của dịch vụ mà quý vị sử dụng.
- Các nhà cung cấp dịch vụ phải cho quý vị biết họ nếu họ không đủ tiêu chuẩn tham gia Medicare.

E. Làm sao để nhận các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)

Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) gồm có Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (Community-Based Adult Services - CBAS), Chương trình Dịch vụ Người Cao niên Đa Mục đích (Multipurpose Senior Services Program - MSSP), và Cơ sở Điều dưỡng (Nursing Facilities, NF). Các dịch vụ này có thể được thực hiện tại nhà của quý vị, trong cộng đồng, hoặc tại một cơ sở. LTSS có các dạng khác nhau như sau:

- **Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS):** Chương trình dịch vụ tại cơ sở, ngoại trú cung cấp các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ xã hội, hoạt động trị liệu, ngữ âm trị liệu, chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ cho gia đình/người chăm sóc, các dịch vụ dinh dưỡng, vận chuyển, và dịch vụ khác nếu quý vị hội đủ các tiêu chuẩn áp dụng.
- **Chương Trình Dịch Vụ Đa Mục Đích dành cho Người Cao Niên (MSSP)** Là một chương trình riêng của California cung cấp các Dịch vụ tại Nhà và Cộng đồng (Home and Community-Based Services - HCBS) cho người cao niên yếu đuối được chứng nhận để vào viện điều dưỡng nhưng họ muốn sống bên ngoài cộng đồng.
    - Những người hội đủ tiêu chuẩn hưởng Medi-Cal từ 65 tuổi trở lên và bị khuyết tật có thể hội đủ tiêu chuẩn cho chương trình này. Chương trình này là một biện pháp khác thay cho việc vào viện điều dưỡng.
    - Các dịch vụ MSSP có thể gồm có nhưng không chỉ giới hạn đến: Chăm sóc Ban ngày cho Người lớn/Trung tâm Hỗ trợ, hỗ trợ về nhà cửa như chỉnh sửa cho phù hợp với thể chất và cung cấp các dụng cụ hỗ trợ, làm việc vặt và hỗ trợ chăm sóc cá nhân, giám sát an toàn, quản lý việc chăm sóc, và các loại dịch vụ khác.
- **Cơ sở Điều dưỡng (NF):** Là cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể sống an toàn tại nhà nhưng không cần phải ở trong bệnh viện.

Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe của quý vị sẽ giúp quý vị hiểu thêm về từng chương trình. Để tìm hiểu thêm về những chương trình này, gọi bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan để kết nối với Điều phối viên Chăm sóc (số điện thoại và giờ hoạt động được in ở cuối trang này.

F. Làm sao để được nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn do lạm dụng dược chất)

Quý vị sẽ được quyền sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vicần thiết về mặt y tế được Medicare và Medi-Cal đài thọ. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cho phép quý vị được tiếp cận với các dịch vụ sức khỏe hành vi được Medicare đài thọ. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan không cung cấp các dịch vụ sức khỏe hành vi được Medi-Cal bảo hiểm, nhưng sẽ cung cấp cho những hội viên của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan hội đủ tiêu chuẩn qua Sở Sức khỏe Hành vi của Quận San Diego.

F1. Những dịch vụ sức khỏe hành vi Medi-Cal nào được cung cấp ngoài Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan qua Sở Sức khỏe Hành vi của Quận San Diego?

Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal được cung cấp cho quý vị qua chương trình sức khỏe tâm thần (mental health plan - MHP) của quận nếu quý vị hội đủ các tiêu chuẩn về tính cần thiết về mặt y tế của các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal do Sở Sức khỏe Hành vi của Quận San Diego cung cấp gồm có:

- Các dịch vụ sức khỏe tâm thần (đánh giá, trị liệu, phục hồi chức năng, phụ trợ, và thiết lập kế hoạch)
- Các dịch vụ trợ giúp về thuốc
- Điều trị chuyên sâu vào ban ngày
- Phục hồi chức năng vào ban ngày
- Can thiệp khủng hoảng
- Ổn định khủng hoảng
- Các dịch vụ điều trị tại nơi ở cho người lớn
- Các dịch vụ điều trị khủng hoảng tại nơi ở
- Các dịch vụ của cơ sở sức khỏe tâm thần
- Các dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần
- Quản lý trường hợp theo mục tiêu

Các dịch vụ của Drug Medi-Cal được cung cấp cho quý vị qua Dịch vụ Sức khỏe Hành vi Quận San Diego nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí cần thiết về y tế của Drug Medi-Cal. Các

dịch vụ của Drug Medi-Cal được cung cấp bởi Dịch vụ Sức khỏe Hành vi Quận San Diego bao gồm:

- Các dịch vụ điều trị ngoại trú chuyên sâu
- Các dịch vụ điều trị tại nơi ở
- Các dịch vụ thuốc miễn phí ngoại trú
- Các dịch vụ điều trị nghiện ma túy
- Các dịch vụ điều trị nghiện thuốc phiện bằng Naltrexone

Ngoài các dịch vụ Thuốc Medi-Cal nêu trên, quý vị cũng có thể được sử dụng các dịch vụ giải độc nội trú tự nguyện nếu quý vị hội đủ các tiêu chuẩn về tính cần thiết về mặt y tế.

Về việc cung cấp các dịch vụ sức khỏe hành vi tâm thần

Có đủ các dịch vụ được cung cấp cho quý vị. Quý vị có thể tự giới thiệu mình với một nhà cung cấp dịch vụ có hợp đồng, hoặc PCP của quý vị, người nhà, v.v. cũng có thể giới thiệu quý vị được. Không có chuyện "nhầm cửa" trong việc xin sử dụng dịch vụ. Quý vị có thể liên lạc với các nơi sau đây để xin hỗ trợ tìm sử dụng dịch vụ:

- Đường dây Hỗ trợ Giải quyết Khủng hoảng và Giới thiệu của Quận (xem Chương 2, Mục K của cẩm nang này để biết số điện thoại và giờ làm việc)
- Dịch vụ Sức khỏe Hành vi Quận San Diego - Dịch vụ Rối loạn Sử dụng Chất (vui lòng gọi 888-724-7240 (TTY: 711), 24 giờ, 7 ngày một tuần.)
- Đường dây Sức khỏe Hành vi của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (vui lòng xem Chương 2, Mục D của sổ tay này để biết số điện thoại và giờ làm việc)
- Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (số điện thoại và giờ làm việc có in tại phần cuối của trang này).

Thủ tục xác định tính cần thiết về mặt y tế của dịch vụ

Tính cần thiết về mặt y tế sẽ do một nhà cung cấp dịch vụ có giấy phép phù hợp xác định. Tiêu chí về tính cần thiết về mặt y tế được cả Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan và Quận sử dụng, và được xây dựng bởi các bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe hành vi cũng như những người có quyền lợi liên quan khác, và phù hợp với các yêu cầu của luật pháp.

Thủ tục giới thiệu giữa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan và Quận

Nếu quý vị nhận dịch vụ của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan hoặc Quận, quý vị có thể sẽ được giới thiệu đến những thực thể khác tùy theo nhu cầu của quý vị. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan hoặc Quận có thể giới thiệu cho quý vị bằng cách gọi điện cho thực thể được giới thiệu đến. Ngoài ra, nhà cung cấp dịch vụ giới thiệu cũng sẽ phải hoàn tất một mẫu giấy giới thiệu rồi gửi cho thực thể mà quý vị sẽ được giới thiệu đến.

Thủ tục giải quyết bất đồng

Nếu giữa quý vị, và Quận hoặc Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan có bất đồng, quý vị sẽ tiếp tục được nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế, kể cả thuốc toa, cho đến khi giải quyết xong bất đồng. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan đã làm việc với quận để xây dựng thủ tục giải quyết bất đồng cho kịp thời và không ảnh hưởng xấu đến các dịch vụ mà quý vị đang cần được sử dụng. Quý vị cũng có thể sử dụng thủ tục Kháng cáo của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan hay của Quận, tùy theo thực thể nào mà quý vị có bất đồng.

G. Làm sao để nhận các dịch vụ vận chuyển

Dịch vụ Vận chuyển Y tế là các dịch vụ sử dụng phương tiện vận chuyển cấp cứu. Vận chuyển bằng phương tiện vận chuyển cấp cứu đến bệnh viện đầu tiên thực sự cho hội viên nhập viện để được chăm sóc cấp cứu được bảo hiểm cùng với các dịch vụ cấp cứu. Các dịch vụ này gồm có phương tiện vận chuyển cấp cứu và dịch vụ vận chuyển bằng phương tiện vận chuyển cấp cứu cung cấp qua hệ thống ứng cứu khẩn cấp "911".

Vận chuyển không khẩn cấp về y tế (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) được bao trả theo chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Các dịch vụ NEMT chỉ phù hợp khi hồ sơ ghi rõ rằng tình trạng của hội viên không cho phép sử dụng các phương tiện vận chuyển khác (có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của bệnh nhân) và vận chuyển bằng phương tiện vận chuyển cấp cứu là cần thiết về mặt y tế. Các dịch vụ vận chuyển y tế cũng có thể được cung cấp bằng phương tiện vận chuyển cấp cứu (ambulance), xe có cáng (litter van), hoặc xe đưa xe lăn lên xuống (wheelchair van). Việc chuyển hội viên từ bệnh viện này đến bệnh viện khác, hay cơ sở khác, hay từ cơ sở về nhà phải:

- Cần thiết về mặt y tế, và
- Do một nhà cung cấp dịch vụ của Chương trình yêu cầu cung cấp, và
- Được chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cấp giấy cho phép trước.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cũng cung cấp các dịch vụ **Vận chuyển Không phải là Y tế (NMT)**đưa đón đến văn phòng bác sĩ của quý vị. Các dịch vụ vận chuyển này sẽ được cung cấp bằng xe taxi, xe khách, hoặc các hình thức khác. Tất cả các hội viên yêu cầu vận chuyển phải hội đủ tiêu chuẩn được hưởng các dịch vụ này trong tháng yêu cầu sử dụng dịch vụ vận chuyển đó. Các trường hợp Vận chuyển Y tế Không phải là Cấp cứu và Vận chuyển Không phải là Y tế sẽ do bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sắp xếp. Quý vị có thể gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan để liên hệ với phòng vận chuyển hay gọi thẳng cho họ theo số 1-877-433-2178 (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Các sắp xếp về việc vận chuyển rất cần được thực hiện trước ít nhất là hai mươi bốn (24) giờ.

H. Làm sao để được nhận dịch vụ được đài thọ khi quý vị có nhu cầu chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp, hay khi gặp tai họa

H1. Chăm sóc khi quý vị cần cấp cứu y tế

Định nghĩa cấp cứu y tế

Cấp cứu y tế là bệnh trạng có các triệu chứng như cực kỳ đau đớn hoặc tổn thương nghiêm trọng. Bệnh trạng này nghiêm trọng đến mức, nếu không được chăm sóc y tế ngay, quý vị hoặc bất kỳ người nào có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học cũng có thể cho rằng nó sẽ dẫn đến:

- Nguy cơ nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc của thai nhi của quý vị; **hoặc**
- Tổn hại nghiêm trọng đến các chức năng cơ thể; **hoặc**
- Rối loạn nghiêm trọng bất kỳ cơ quan hay bộ phận nào của cơ thể; **hoặc**
- Trong trường hợp một phụ nữ mang thai đang chuyển dạ sinh nở, khi:
  - Không có đủ thời gian để vận chuyển quý vị được an toàn đến bệnh viện khác trước khi sinh.
  - việc vận chuyển đến bệnh viện khác có thể sẽ đe dọa cho sức khỏe hoặc an toàn cho quý vị hoặc cho thai nhi của quý vị.

Cần phải làm gì khi cấp cứu y tế?

Nếu quý vị cần cấp cứu y tế:

- **Xin trợ giúp càng nhanh càng tốt.** Gọi 911 hoặc đến phòng cấp cứu hay bệnh viện gần nhất. Gọi phương tiện vận chuyển cấp cứu nếu quý vị cần. Quý vị **không** cần phải xin PCP của quý vị chấp thuận trước hoặc cấp giấy giới thiệu trước.
- **Ngay khi có thể được, hãy thông báo cho chương trình chúng tôi biết về việc cấp cứu của quý vị.** Chúng tôi cần theo dõi việc chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hoặc ai đó khác phải báo cho chúng tôi biết về việc chăm sóc cấp cứu của quý vị, luôn trong vòng 48 giờ. Tuy nhiên, quý vị sẽ không phải trả tiền cho các dịch vụ cấp cứu do chậm trễ thông báo cho chúng tôi. Quý vị có gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần. Số điện thoại bộ phận Chăm sóc Khách hàng của chúng tôi cũng có in trên thẻ ID hội viên của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm trong trường hợp cấp cứu y tế

Quý vị được sử dụng dịch vụ chăm sóc cấp cứu được bảo hiểm bất cứ khi nào quý vị cần, tại bất kỳ nơi đâu trong Hoa Kỳ hoặc lãnh thổ của Hoa Kỳ. Nếu quý vị cần dịch vụ cứu

thương để đến phòng cấp cứu, chương trình của chúng tôi sẽ bảo hiểm dịch vụ đó. Để tìm hiểu thêm, xin tham khảo Bảng Quyền lợi ở Chương 4 Mục D.

Trong năm 2021, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan đang cung cấp cho hội viên bảo hiểm y tế cấp cứu bất kỳ khi nào quý vị cần, ở bất kỳ nơi nào trên thế giới. Chúng tôi sẽ bảo hiểm lên tới $25,000 chi phí cấp cứu. Để tìm hiểu thêm, xin tham khảo Bảng Quyền lợi ở Chương 4, Mục D.

Sau khi tình trạng cấp cứu đã qua, quý vị có thể cần chăm sóc theo dõi để đảm bảo rằng quý vị cảm thấy khá hơn. Chúng tôi sẽ bảo hiểm dịch vụ tiếp tục chăm sóc cho quý vị. Nếu quý vị được cấp cứu tại một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi sẽ cố gắng sắp xếp cho các nhà cung cấp trong mạng lưới chăm sóc tiếp cho quý vị càng sớm càng tốt.

Nhận chăm sóc cấp cứu nếu không phải là trường hợp cấp cứu

Đôi khi khó mà biết tình trạng của quý vị có cần được cấp cứu y tế hoặc sức khỏe hành vi hay không. Quý vị có thể phải đến phòng cấp cứu rồi mới được bác sĩ cho biết là không cần phải cấp cứu. Nếu quý vị đã suy nghĩ một cách hợp lý rằng tình trạng sức khỏe của quý vị đang bị đe dọa nghiêm trọng, chúng tôi sẽ bảo hiểm cho quý vị.

Tuy nhiên, nếu bác sĩ nói rằng đó không phải là cấp cứu, chúng tôi sẽ chỉ bảo hiểm cho việc chăm sóc thêm của quý vị khi:

- Quý vị sử dụng nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới, **hoặc**
- Việc chăm sóc thêm của quý vị được cho là "chăm sóc khẩn cấp cần thiết" và quý vị tuân thủ các quy định về việc nhận dịch vụ chăm sóc này. (Xem mục kế tiếp).

H2. Chăm sóc khẩn cấp cần thiết

Định nghĩa chăm sóc khẩn cấp cần thiết

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết là dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận khi bị bệnh, tổn thương, hay tình trạng đột ngột không phải là cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay. Ví dụ như, quý vị gặp một cơn đột phát của một bệnh có sẵn và cần được điều trị.

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết khi quý vị ở trong khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình

Trong hầu hết mọi tình huống, chúng tôi sẽ chỉ bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết khi:

- Quý vị sử dụng dịch vụ này của một nhà cung cấp trong mạng lưới, **và**
- Quý vị tuân thủ các quy định có nêu trong chương này.

Tuy nhiên, nếu quý vị không thể đến với một nhà cung cấp trong mạng lưới, chúng tôi sẽ bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết mà quý vị sử dụng của nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Để nhận các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết sau giờ làm việc, quý vị có thể:

Gọi Đường dây Y tá Tư vấn của Blue Shield of California Promise Health Plan theo số (800) 609-4166 (TTY: 711), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Y tá có thể chỉ dẫn quý vị tới một trung tâm chăm sóc khẩn cấp trong mạng lưới của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết khi quý vị ở ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình

Khi ở ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình, có lẽ quý vị sẽ không thể nhận được dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong trường hợp đó, chương trình chúng tôi sẽ bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết mà quý vị sử dụng của bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan đang cung cấp cho hội viên bảo hiểm y tế cần thiết khẩn cấp bất kỳ khi nào quý vị cần, ở bất kỳ nơi nào trên thế giới. Chúng tôi sẽ bảo hiểm lên đến $25,000 chi phí cần thiết khẩn cấp. Để tìm hiểu thêm, xin tham khảo Bảng Quyền lợi ở Chương 4, Mục D.

H3. Chăm sóc khi gặp tai họa

Nếu Thống đốc bang của quý vị, Bộ trưởng Bộ Y tế và Nhân sinh Hoa Kỳ (US Department of Health and Human Services), hay Tổng thống Hoa Kỳ tuyên bố tình trạng thảm họa hoặc khẩn cấp tại khu vực địa lý của quý vị, quý vị vẫn được quyền nhận chăm sóc từ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Xin xem trên trang mạng của chúng tôi để biết cách tìm dịch vụ chăm sóc cần thiết trong tình trạng thảm họa đã được công bố: www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Trong lúc xảy ra thảm họa đã tuyên bố, nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới, chúng tôi sẽ cho phép quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới miễn phí. Nếu quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới trong tình trạng tai họa đã được công bố, quý vị có thể mua thuốc theo toa tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Vui lòng xem Chương 5 để tìm hiểu thêm.

I. Cần phải làm gì nếu quý vị bị ghi hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ được chương trình bảo hiểm

Nếu nhà cung cấp dịch vụ gửi cho quý vị hóa đơn thay vì gửi đến cho chương trình, quý vị nên yêu cầu chúng tôi trả phần chia sẻ chi phí trong hóa đơn của chúng tôi.

Quý vị không phải trả hóa đơn đó một mình. Nếu quý vị trả tiền, chương trình có thể sẽ không hoàn tiền lại được cho quý vị.

Nếu quý vị đã trả quá phần chia sẻ của quý vị cho các dịch vụ được bảo hiểm hoặc nếu quý vị đã nhận được hóa đơn cho toàn bộ chi phí của dịch vụ y tế được bảo hiểm, xem Chương 7 Phần A và B để tìm hiểu xem phải làm gì.

I1. Cần phải làm gì khi các dịch vụ đó không được chương trình chúng tôi bảo hiểm

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ:

- Được xác định là cần thiết về mặt y tế, **và**
- Được liệt kê trong Bảng Quyền lợi của chương trình (xem Chương 4 Phần D), **và**
- Quý vị sử dụng theo đúng các quy định của chương trình.

Nếu quý vị sử dụng các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, **quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí đó.**

Nếu quý vị muốn biết chúng tôi có trả tiền cho bất kỳ dịch vụ y tế hoặc dịch vụ chăm sóc nào hay không, quý vị có quyền hỏi chúng tôi. Quý vị cũng có quyền viết thư để hỏi việc này. Nếu chúng tôi nói chúng tôi sẽ không trả tiền cho các dịch vụ của quý vị, quý vị có quyền kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Chương 9 các Mục D, E, F và G cho biết phải làm gì khi quý vị muốn chúng tôi đài thọ cho một khoản mục hoặc dịch vụ y tế. Các mục đó cũng cho biết quý vị phải làm sao để kháng cáo quyết định bảo hiểm của chúng tôi. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng để tìm hiểu thêm về các quyền kháng cáo của quý vị.

Chúng tôi sẽ trả cho một số dịch vụ với một mức giới hạn nào đó. Nếu quý vị vượt quá giới hạn này, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí cho phần của loại dịch vụ mà quý vị sử dụng thêm. Hãy gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng để biết đó là các giới hạn gì và quý vị đã đạt đến gần các giới hạn đó như thế nào.

J. Bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng

J1. Định nghĩa nghiên cứu lâm sàng

Nghiên cứu lâm sàng (clinical research study hoặc clinical trial) là một cách để các bác sĩ thử nghiệm cách thức điều trị mới hoặc thuốc mới. Họ kêu gọi những người tình nguyện giúp họ thực hiện cuộc nghiên cứu. Loại nghiên cứu này giúp các bác sĩ biết được một cách thức điều trị mới hay thuốc mới có hiệu quả hay không và có an toàn hay không.

Nếu Medicare chấp thuận cho cuộc nghiên cứu mà quý vị muốn tham gia, người làm việc cho cuộc nghiên cứu đó sẽ liên lạc với quý vị. Người đó sẽ nói với quý vị về cuộc nghiên cứu và xem quý vị có đủ điều kiện được tham gia hay không. Quý vị có thể tham gia cuộc nghiên cứu nếu quý vị đáp ứng được các điều kiện cần thiết. Quý vị cũng phải tìm hiểu và đồng ý với những việc mà quý vị phải làm cho cuộc nghiên cứu đó.

Trong thời gian tham gia nghiên cứu, quý vị vẫn có thể tiếp tục được ghi danh trong chương trình của chúng tôi. Nhờ vậy, quý vị sẽ tiếp tục nhận các dịch vụ chăm sóc của chương trình chúng tôi không liên quan đến cuộc nghiên cứu.

Nếu quý vị muốn tham gia vào một cuộc nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận, quý vị không cần phải xin chấp thuận từ chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính. Các nhà cung cấp dịch vụ cung cấp dịch vụ chăm sóc trong chương trình nghiên cứu không cần phải là nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới.

Quý vị cần phải báo cho chúng tôi biết trước khi bắt đầu tham gia vào một cuộc nghiên cứu lâm sàng

Nếu quý vị dự định tham gia vào một cuộc nghiên cứu lâm sàng, quý vị hoặc Điều phối Viên Chăm sóc của quý vị phải liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng để cho chúng tôi biết quý vị sẽ tham gia một nghiên cứu lâm sàng.

J2. Thanh toán các dịch vụ khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng

Nếu quý vị tình nguyện tham gia vào một cuộc nghiên cứu lâm sàng mà Medicare đã chấp thuận, quý vị sẽ không phải trả bất cứ khoản tiền nào cho các dịch vụ được bảo hiểm trong cuộc nghiên cứu, Medicare sẽ thanh toán cho các dịch vụ được bảo hiểm trong cuộc nghiên cứu cũng như các chi phí thường lệ liên quan đến việc chăm sóc của quý vị. Khi quý vị tham gia vào một cuộc nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận, quý vị sẻ được bảo hiểm cho hầu hết mọi khoản mục và dịch vụ mà quý vị nhận theo chương trình nghiên cứu đó. Các mục và dịch vụ đó bao gồm:

- Phòng ở và bữa ăn trong thời gian nội trú tại bệnh viện mà Medicare vẫn trả ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu.
- Phẫu thuật hoặc thủ thuật y khoa khác thuộc chương trình nghiên cứu đó.
- Điều trị bất kỳ tác dụng phụ và biến chứng nào từ việc chăm sóc điều trị mới.

Nếu quý vị tham gia vào một cuộc nghiên cứu **không** được Medicare chấp thuận, quý vị sẽ phải thanh toán mọi chi phí cho việc tham gia cuộc nghiên cứu đó.

J3. Tìm hiểu thêm về các nghiên cứu lâm sàng

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về tham gia nghiên cứu khảo sát lâm sàng bằng cách đọc “Medicare & Nghiên cứu Khảo sát Lâm sàng” trên trang web của Medicare

(www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

K. Làm thế nào để các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ được bảo hiểm khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo

K1. Định nghĩa tổ chức chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo

Tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế của tôn giáo là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị vẫn thường được sử dụng tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Nếu việc sử dụng dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện hay cơ sở điều dưỡng chuyên môn không phù hợp với tín ngưỡng tôn giáo của quý vị, chúng tôi sẽ bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc tại tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế của tôn giáo.

Quý vị có thể chọn sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe vào bất cứ lúc nào với bất cứ lý do nào. Quyền lợi này chỉ dành cho các dịch vụ của nội trú của Medicare Phần A (các dịch vụ chăm sóc sức khỏe không phải là y tế). Medicare sẽ chỉ trả tiền cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế do các tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế của tôn giáo cung cấp mà thôi.

K2. Nhận chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo

Để được sử dụng dịch vụ chăm sóc của tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế của tôn giáo, quý vị phải ký một chứng từ pháp luật có ghi rằng quý vị không chấp nhận phương pháp điều trị y tế thuộc loại "không loại trừ" (“Non-excepted”).

- Phương pháp điều trị “Không loại trừ” là bất kỳ phương pháp chăm sóc nào mang tính chất tự nguyện và không bắt buộc theo mọi luật pháp của liên bang, tiểu bang, hoặc luật địa phương.
- Phương pháp điều trị “Loại trừ” là bất kỳ phương pháp chăm sóc nào mang tính chất không tự nguyện và bắt buộc theo luật pháp của liên bang, tiểu bang, hoặc luật địa phương.

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

- Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc đó phải có giấy chứng nhận của Medicare.
- Bảo hiểm của chương trình chúng tôi chỉ được giới hạn cho các phần dịch vụ chăm sóc không thuộc tôn giáo.

- Nếu quý vị nhận dịch vụ của tổ chức này nhưng dịch vụ đó được cung cấp tại một cơ sở, thì các quy định sau đây sẽ được áp dụng:
  - Quý vị phải có một bệnh trạng cho phép quý vị được nhận các dịch vụ được bảo hiểm để được chăm sóc nội trú tại bệnh viện hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
  - Không có giới hạn nào về số ngày được bao trả cho mỗi lần ở nội trú tại bệnh viện.

Không có giới hạn nào về số ngày được bảo hiểm cho mỗi lần nội trú tại bệnh viện. Để đọc thêm, vui lòng tham khảo Bảng Quyền lợi ở Chương 4, Mục D.

L. Thiết bị Y tế Lâu bền (DME)

L1. DME với tư cách hội viên của chương trình chúng tôi

DME là những vật dụng nhất định do nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu cung cấp cho quý vị sử dụng tại nhà riêng. Ví dụ về các vật dụng này là xe lăn, nạng chống, bộ nệm điện, vật dụng cho bệnh tiểu đường, giường bệnh do một nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng tại nhà, bơm truyền tĩnh mạch (IV), thiết bị tạo giọng nói, thiết bị ôxy và vật dụng, máy xông khí và khung tập đi.

Quý vị sẽ luôn được sở hữu những thiết bị nào đó, như các bộ phận giả chẳng hạn.

Trong mục này, chúng tôi sẽ thảo luận về DME quý vị phải thuê. Là hội viên của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, quý vịthường sẽ không được sở hữu DME, bất kể là quý vị đã thuê nó được bao lâu.

Trong một số tình huống, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan có thể chuyển quyền sở hữu DME cho quý vị tùy thuộc vào việc quý vị có đáp ứng một hoặc tất cả tiêu chí sau đây hay không:

- Quý vị có nhu cầu y tế liên tục cho các mục tốn chi phí dưới $150 và/hoặc bơm tiêm/truyền,
- Chứng nhận của bác sĩ, hoặc
- Nếu thiết bị hoặc dụng cụ phù hợp với quý vị.

Trong một số tình huống nào đó, chúng tôi sẽ chuyển quyền sở hữu DME cho quý vị. Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng để tìm hiểu về những yêu cầu mà quý vị phải đáp ứng và những giấy tờ mà quý vị cần cung cấp.

L2. Quyền sở hữu DME khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc Medicare Advantage

Trong chương trình Original Medicare , người thuê một số loại thiết bị y tế lâu bền nào đó sẽ được sở hữu nó sau 13 tháng. Trong chương trình Medicare Advantage, chương trình có thể đạt số tháng mọi người phải thuê một số loại DME trước khi sở hữu nó.

Lưu ý: Quý vị có thể tìm định nghĩa Original Medicare và Medicare Advantage Plans tại Chương 12. Quý vị cũng có thể tìm thêm các thông tin trong Sổ tay *Medicare & You 2021* . Nếu quý vị không có bản sao cuốn sổ tay này, quý vị có thể xem trên trang web của Medicare (www.medicare.gov) hoặc gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán liên tiếp theo Original Medicare, hoặc quý vị sẽ phải thực hiện số lần thanh toán liên tiếp theo chương trình Medicare Advantage, để sở hữu mục DME nếu:

- Quý vị chưa trở thành chủ sở hữu món DME đó khi còn ở trong chương trình của chúng tôi, **và**
- Quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và nhận quyền lợi Medicare của quý vị ngoài bất kỳ chương trình sức khỏe nào trong chương trình Original Medicare hoặc chương trình Medicare Advantage.

Nếu quý vị đã thanh toán cho mục DME theo chương trình Original Medicare hoặc Medicare Advantage trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, **các khoản thanh toán Original Medicare hoặc Medicare Advantage đó không được tính vào khoản thanh toán quý vị cần thực hiện sau khi rời chương trình của chúng tôi.**

- Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán mới liên tiếp theo Original Medicare hoặc một số khoản thanh toán mới liên tiếp được thiết lập bởi chương trình Medicare Advantage để sở hữu mục DME.
- Không có ngoại lệ nào cho trường hợp này khi quý vị trở về Original Medicare hoặc Medicare Advantage.

L3. Quyền lợi đối với thiết bị oxy với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận thiết bị oxy được Medicare bảo hiểm và quý vị là hội viên chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ bảo hiểm cho những vật dụng sau:

- Thuê thiết bị oxy
- Cung cấp oxy và hàm lượng oxy
- Đường ống và phụ kiện liên quan để cung cấp oxy và hàm lượng oxy

- Bảo trì và sửa chữa thiết bị oxy

Thiết bị oxy phải được trả lại cho chủ sở hữu khi đối với quý vị nó không còn cần thiết về y tế nữa hoặc nếu quý vị rời khỏi chương trình.

L4. Thiết bị oxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc Medicare Advantage

Khi thiết bị oxy cần thiết về y tế và **quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và chuyển sang Original Medicare**, quý vị sẽ thuê nó từ một nhà cung cấp trong thời gian 36 tháng. Tiền thuê hàng tháng là khoản tiền quý vị trả cho thiết bị oxy và các tiếp liệu cũng như dịch vụ được liệt kê bên trên.

Nếu thiết bị oxy cần thiết về y tế **sau khi quý vị thuê được 36 tháng**:

- nhà cung cấp của quý vị phải cung cấp thiết bị oxy, tiếp liệu, và dịch vụ thêm 24 tháng.
- nhà cung cấp của quý vị phải cung cấp thiết bị oxy và tiếp liệu cho thời gian tối đa 5 năm nếu cần thiết về y tế.

Nếu thiết bị oxy vẫn cần thiết về y tế **vào cuối khoảng thời gian 5 năm**:

- nhà cung cấp của quý vị không còn cung cấp nữa, và quý vị có thể chọn thiết bị thay thế từ nhà cung cấp khác.
- một khoảng thời gian 5 năm mới bắt đầu.
- quý vị sẽ thuê từ một nhà cung cấp trong thời gian 36 tháng.
- nhà cung cấp của quý vị sau đó phải cung cấp thiết bị oxy, tiếp liệu, và dịch vụ thêm 24 tháng nữa.
- một chu kỳ mới bắt đầu sau mỗi 5 năm miễn là thiết bị oxy vẫn cần thiết về y tế.

Khi thiết bị oxy cần thiết về y tế và **quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và chuyển sang chương trình Medicare Advantage**, chương trình sẽ bao trả tối thiểu bằng những gì Original Medicare bao trả. Quý vị có thể hỏi chương trình Medicare Advantage loại thiết bị oxy và tiếp liệu nào chương trình bao trả và chi phí quý vị sẽ trả là bao nhiêu.

Chương 4: Bảng Quyền lợi

Giới thiệu

Chương này cho quý vị biết về các dịch vụ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan bảo hiểm và bất kỳ giới hạn hoặc hạn chế nào đối với các dịch vụ đó và số tiền quý vị chi trả cho từng dịch vụ.Nó cũng cho quý vị biết về các quyền lợi không được bảo hiểm theo chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Dịch vụ được bao trả của quý vị và chi phí tiền túi của quý vị....63

B. Quy tắc nhà cung cấp tính phí dịch vụ của quý vị....63

C. Bảng Quyền lợi của chương trình....63

D. Bảng Phúc lợi....65

E. Các quyền lợi được bảo hiểm ngoài chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan....114

E1. Chương trình Chuyển về Cộng đồng California (California Community Transitions, CCT)....114

E2. Chương trình Nha khoa Medi-Cal....115

E3. Chăm sóc giai đoạn cuối đời....115

F. Các quyền lợi được bảo trả bởi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, Medicare, hoặc Medi-Cal....116

A. Dịch vụ được bao trả của quý vị và chi phí tiền túi của quý vị

Chương này sẽ cho quý vị biết Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sẽ thanh toán cho các dịch vụ nào. Quý vị cũng được biết mình phải trả bao nhiêu cho mỗi dịch vụ. Quý vị cũng được biết về những dịch vụ không được đài thọ. Thông tin về các quyền lợi thuốc có trong Chương 5 Mục B, C, và D. Chương này cũng giải thích các giới hạn đối với một số dịch vụ.

Với một số dịch vụ, quý vị sẽ phải chịu một khoản phí tự chi trả gọi là tiền đồng trả. Đây là một số tiền cố định (ví dụ $5) mà quý vị phải trả mỗi lần sử dụng dịch vụ đó. Quý vị thanh toán tiền đồng trả vào lúc quý vị sử dụng dịch vụ y tế đó.

Nếu quý vị cần giúp hiểu dịch vụ nào được bảo hiểm, hãy gọi cho Điều phối viên Chăm sóc và/hoặc bộ phận Chăm sóc Khách hàng của quý vị theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng – 8:00 giờ tối, 7 ngày/tuần.

B. Quy tắc nhà cung cấp tính phí dịch vụ của quý vị

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan gửi hóa đơn cho quý vị về những dịch vụ được bảo hiểm. Chúng tôi trực tiếp thanh toán cho các nhà cung cấp dịch vụ, để quý vị không phải trả bất cứ khoản tiền nào. Điều này vẫn đúng ngay cả khi chúng tôi trả tiền cho nhà cung cấp đó ít hơn so với nhà cung cấp tính phí cho dịch vụ.

Quý vị không bao giờ nên nhận hóa đơn từ nhà cung cấp dịch vụ cho những dịch vụ được bảo hiểm. Nếu quý vị nhận, hãy xem Chương 7 Phần A hoặc gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

C. Bảng Quyền lợi của chương trình

Bảng Quyền lợi này cho quý vị biết những dịch vụ nào được chương trình thanh toán. Thông tin đó liệt kê các khoản mục dịch vụ theo thứ tự bảng chữ cái và giải thích các dịch vụ được bảo hiểm.

Chúng tôi chỉ trả tiền cho các dịch vụ nêu trong Bảng Phúc lợi khi các quy định sau đây được tuân thủ.

- Các dịch vụ được Medicare Medi-Cal bảo hiểm cho quý vị phải được cung cấp theo các quy định do Medicare và Medi-Cal đề ra.
- Các dịch vụ này (kể cả chăm sóc y tế, chăm sóc sức khỏe hành vi tâm thần và lạm dụng dược chất, dịch vụ và hỗ trợ lâu dài, vật dụng, thiết bị, và thuốc) phải cần thiết về mặt y tế. Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là quý vị cần phải dùng các dịch vụ đó để phòng ngừa, chẩn đoán, hoặc điều trị bệnh trạng của quý vị hoặc để duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Các dịch vụ chăm sóc giúp quý vị khỏi phải vào bệnh viện hoặc nhà điều dưỡng cũng được xem là cần thiết. Nó cũng có nghĩa là các dịch

vụ, đồ tiếp liệu, hoặc các loại thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn hành nghề y tế đã được chấp nhận. Dịch vụ là cần thiết về mặt y tế khi nó là hợp lý và cần thiết để bảo vệ cuộc sống, để ngăn ngừa bệnh tật nghiêm trọng hoặc khuyết tật đáng kể, hoặc để giảm đau dữ dội.

- Quý vị sử dụng dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp trong mạng lưới. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp có cộng tác với chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị sử dụng của nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Chương 3 Mục D có nói thêm về việc sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới.

- Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (primary care provider - PCP) hoặc một đội ngũ chăm sóc cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải được PCP của quý vị chấp thuận trước trước khi quý vị có thể thăm khám bất kỳ ai không phải là PCP của quý vị hoặc mới được sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình. Việc này được gọi là giới thiệu. Chương 3 Mục D có nói thêm về việc xin giấy giới thiệu và cho biết khi nào quý vị không cần phải xin giấy giới thiệu.

- Quý vị phải sử dụng dịch vụ chăm sóc của các nhà cung cấp dịch vụ có liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị. Xem Chương 3 Mục D để tìm hiểu thêm.

- Một số các dịch vụ nêu trong Bảng Quyền lợi chỉ được bảo hiểm khi bác sĩ của quý vị hoặc các nhà khi bác sĩ của quý vị hoặc các nhà cung cấp khác trong mạng lưới được chúng tôi chấp thuận trước. Việc này được gọi là cho phép trước. Các dịch vụ được bảo hiểm cần được cho phép trước được đánh dấu trong Bảng Quyền lợi bằng cách in chữ nghiêng.

- Tất cả mọi dịch vụ phòng ngừa đều được miễn phí. Quý vị sẽ thấy hình quả táo này 🍎 bên cạnh các dịch vụ phòng ngừa trong Bảng Quyền lợi.

- Các dịch vụ Tùy chọn Kế hoạch Chăm sóc (CPO) có thể có sẵn theo Kế hoạch Cá nhân của quý vị. Các dịch vụ này cung cấp cho quý vị nhiều trợ giúp hơn tại nhà, như bữa ăn, trợ giúp cho quý vị hoặc người chăm sóc quý vị, hoặc thanh nắm vòi sen và đường dốc. Các dịch vụ này có thể giúp quý vị sống độc lập hơn nhưng **không** thay thế các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) mà quý vị được ủy quyền để nhận theo Medi-Cal. Ví dụ về các dịch vụ CPO mà Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan đã cung cấp trước đây bao gồm: Các đối tác tại Care Foundation cho quản lý trường hợp, đánh giá và các dịch vụ tại nhà và tại cộng đồng và LifeSpring cho các bữa ăn giao đến tận nhà. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn tìm hiểu làm thế nào các dịch vụ CPO có thể trợ giúp quý vị, liên lạc Điều phối viên Chăm sóc.

D. Bảng Phúc lợi

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Khám sàng lọc phình động mạch chủ ở bụng Chúng tôi sẽ trả cho một kỳ siêu âm cho người có nguy cơ bị bệnh này. Chương trình chỉ bảo hiểm cho việc tầm soát này khi quý vị có các yếu tố nguy cơ nhất định và nếu quý vị có giấy giới thiệu đi tầm soát của bác sĩ, phụ tá bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng, hoặc bác sĩ chuyên khoa điều dưỡng lâm sàng.	$0
	Châm cứu chữa đau thắt lưng mạn tính Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm: Tối đa 12 lần thăm khám trong 90 ngày được bảo hiểm dành cho những người thụ hưởng Medicare trong những trường hợp sau: Vì mục đích của quyền lợi này, đau thắt lưng mạn tính được xác định: • Kéo dài từ 12 tuần trở lên; • không có nguyên nhân cụ thể, trong đó, nó không có nguyên nhân toàn thân có thể nhận diện (tức là, không liên quan đến bệnh di căn, viêm, nhiễm trùng v.v...); • không liên quan đến phẫu thuật; và • không liên quan đến thai kỳ. Tám buổi nữa sẽ được bảo hiểm cho những bệnh nhân cho thấy có sự cải thiện. Không quá 20 buổi điều trị châm cứu sẽ được cung cấp hàng năm. Việc điều trị phải ngừng lại nếu bệnh nhân không cải thiện hoặc tình trạng nặng hơn. Quyền lợi được cung cấp thông qua hợp đồng với American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Để biết thêm thông tin hoặc tìm Nhà cung cấp tham gia ASH Plans, quý vị có thể gọi cho ASH theo số <(800) 678-9133, [TTY: (877) 710-2746], Thứ Hai - Thứ Sáu, 5 giờ sáng đến 6 giờ tối>. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect hoặc sử dụng trình Tìm kiếm Bác sĩ trên **www.blueshieldca.com** để tìm nhà cung cấp tham gia chương trình ASH Plans.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Châm cứu Chúng tôi sẽ thanh toán cho tối đa hai lần châm cứu ngoại trú trong bất kỳ một tháng theo lịch nào, hoặc nhiều hơn nếu cần thiết về mặt y tế. Quyền lợi được cung cấp thông qua hợp đồng với American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Để biết thêm thông tin hoặc tìm Nhà cung cấp tham gia ASH Plans, quý vị có thể gọi cho ASH theo số <(800) 678-9133, [TTY: (877) 710-2746], Thứ Hai - Thứ Sáu, 5 giờ sáng đến 6 giờ tối>. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect hoặc sử dụng trình **Tìm kiếm Bác sĩ trên** www.blueshieldca.com để tìm nhà cung cấp tham gia ASH Plans.	$0
	Dịch vụ Sức khỏe từ xa khác Teladoc cung cấp tư vấn bác sĩ qua điện thoại hoặc 24/7/365. Các Bác sĩ của Teladoc có thể chẩn đoán và điều trị tình trạng y tế cơ bản và cũng có thể kê toa một số loại thuốc. Teladoc là dịch vụ bổ sung không nhằm mục đích thay thế dịch vụ chăm sóc từ Bác sĩ chăm sóc chính. Xin vui lòng đăng nhập blueshieldca.com/teladoc hoặc sử dụng ứng dụng Blue Shield of California để yêu cầu thăm khám. Nếu quý vị có thắc mắc, quý vị có thể liên lạc với Teladoc qua số điện thoại 1-800-Teladoc (1-800-835-2363) [TTY: 711], 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần, 365 ngày/năm.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Tầm soát và tư vấn về lạm dụng rượu Chúng tôi sẽ chỉ thanh toán cho một lần tầm soát lạm dụng rượu (Tầm soát, can thiệp nhanh, giới thiệu - SBIRT) cho người trưởng thành lạm dụng rượu nhưng chưa nghiện rượu. Quy định này cũng áp dụng cho phụ nữ mang thai. Nếu kết quả tầm soát lạm dụng rượu của quý vị là dương tính, quý vị có thể được tham dự bốn phiên tư vấn nhanh, trực tiếp mỗi năm (nếu quý vị còn có đủ khả năng và tỉnh táo trong khi tư vấn) với một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc bác sĩ thực hành tại cơ sở chăm sóc chính đủ điều kiện. Can thiệp nhanh thường bao gồm từ 1 đến ba phiên, 15 phút mỗi phiên, được cung cấp trực tiếp giữa người với người, qua điện thoại, hoặc các phương thức y tế từ xa khác.	$0
	Các dịch vụ vận chuyển cấp cứu Các dịch vụ vận chuyển cấp cứu được bao trả gồm có phương tiện vận chuyển trên mặt đất, máy bay thường, và máy bay chong chóng. Phương tiện vận chuyển cấp cứu sẽ đưa quý vị đến nơi gần nhất mà quý vị có thể được chăm sóc. Bệnh trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng đến độ các cách thức khác đưa quý vị đến nơi chăm sóc có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe hoặc tính mạng của quý vị. Các dịch vụ vận chuyển cấp cứu cho các trường hợp khác phải được chúng tôi chấp thuận trước. Với những trường hợp không phải là cấp cứu, chúng tôi có thể sẽ trả tiền cho phương tiện vận chuyển cấp cứu. Bệnh trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng đến mức mà các cách thức khác đưa quý vị đến nơi chăm sóc có thể gây nguy hiểm cho tính mạng hoặc sức khỏe của quý vị. *Các quy chế về chấp thuận có thể áp dụng. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Khám sức khỏe tổng quát hàng năm Quý vị được bảo hiểm cho một lần khám sức tổng quát khỏe định kỳ 12 tháng một lần, ngoài thăm khám sức khỏe hàng năm của quý vị. Lần thăm khám này bao gồm xem xét toàn diện tiền sử bệnh và gia đình quý vị, đánh giá toàn diện chi tiết và các dịch vụ khác, các giới thiệu và khuyến nghị mà có thể phù hợp. Bất kỳ thủ thuật xét nghiệm, chẩn đoán, hoặc các loại hình dịch vụ khác được yêu cầu sẽ không được bảo hiểm theo quyền lợi này và quý vị phải trả riêng khoản chia sẻ chi phí của chương trình cho từng dịch vụ này.	$0
	Khám sức khỏe hàng năm Quý vị có thể sẽ được khám sức khỏe hàng năm. Cuộc khám này là để thiết lập hoặc cập nhật kế hoạch phòng bệnh theo các yếu tố nguy cơ hiện tại của quý vị. Chúng tôi sẽ trả tiến cho việc này một lần cho mỗi 12 tháng.	$0
	Đo khối lượng xương Chúng tôi sẽ trả tiền cho một số các thủ thuật nào đó cho hội viên hội đủ điều kiện (thường là cho người có nguy cơ bị giảm khối lượng xương hoặc có nguy cơ bị loãng xương). Các thủ thuật này xác định khối lượng xương, phát hiện giảm khối lượng xương, hoặc xác định chất lượng xương. Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ này một lần cho mỗi 24 tháng, hoặc thường xuyên hơn nếu các dịch vụ đó là cần thiết về mặt y tế. chúng tôi cũng thanh toán cho bác sĩ xem xét và đánh giá kết quả.	$0
	Tầm soát ung thư vú (chụp x-quang vú) Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Một cuộc chụp x-quang vú lần đầu trong độ tuổi từ 35 đến 39 • Một cuộc chụp x-quang vú để tầm soát mỗi 12 tháng cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên • Khám vú tại bệnh viện một lần mỗi 24 tháng	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Các dịch vụ phục hồi chức năng tim Chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim như thể dục, giáo dục, và tư vấn. Hội viên phải thỏa mãn một số điều kiện nào đó và có giấy giới thiệu của bác sĩ. Chúng tôi cũng bảo hiểm cho các chương trình phục hồi chức năng tim chuyên sâu, tức chuyên sâu hơn các chương trình phục hồi chức năng tim. *Các quy chế về chấp thuận có thể áp dụng. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0
	Khám để giảm thiểu nguy cơ bị bệnh tim mạch, hay tim (phương pháp trị liệu bệnh tim) Chúng tôi thanh toán cho một lần thăm khám một năm, hoặc hơn nếu cần thiết về mặt y tế tại bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để giúp giảm nguy cơ bị bệnh tim của quý vị. Trong cuộc khám bệnh, bác sĩ của quý vị có thể sẽ: • Nói về việc sử dụng aspirin, • Kiểm tra huyết áp của quý vị, **và/hoặc** • Chỉ dẫn cho quý vị để bảo đảm quý vị ăn uống hợp lý.	$0
	Kiểm tra bệnh tim mạch (tim) Chúng tôi trả tiền cho các xét nghiệm máu để kiểm tra bệnh tim mạch một lần mỗi năm năm (60 tháng). Các xét nghiệm máu này cũng kiểm tra các dị tật do nguy cơ bị bệnh tim cao.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Tầm soát ung thư cổ tử cung và âm đạo Chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ sau đây: • Với tất cả mọi phụ nữ: Xét nghiệm Pap và khám vùng chậu một lần mỗi 24 tháng • Dành cho phụ nữ có nguy cơ cao về ung thư cổ tử cung và âm đạo: một xét nghiệm tầm soát ung thư cổ tử cung (Pap test) mỗi 12 tháng • Đối với phụ nữ đã có xét nghiệm tầm soát ung thư cổ tử cung (Pap test) bất thường trong vòng 3 năm gần đây và đang trong độ tuổi sinh đẻ: thực hiện một xét nghiệm tầm soát ung thư cổ tử cung mỗi 12 tháng • Đối với phụ nữ trong độ tuổi 30-65: xét nghiệm vi-rút u nhú ở người (human papillomavirus, HPV) hoặc xét nghiệm Pap cộng với xét nghiệp HPV 5 năm một lần	$0
	Các dịch vụ chữa bệnh bằng phương pháp nắn xương khớp Chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ sau đây: • Điều chỉnh cột sống để sửa lại cho thẳng	$0
	Truy tầm ung thư đại trực tràng Với người từ 50 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ sau đây: • Nội soi đại tràng sigma bằng ống mềm (hoặc chụp hình truy tầm với bari) mỗi 48 tháng • Xét nghiệm máu trong phân, mỗi 12 tháng • Xét nghiệm máu trong phân bằng Guaiac hoặc xét nghiệm miễn dịch hóa học, 12 tháng một lần • Tầm soát đại-trực tràng bằng DNA, mỗi 3 năm • Nội soi đại tràng mười năm một lần (nhưng không trong 48 tháng kể từ khi nội soi đại tràng sigma) • Nội soi đại tràng (hoặc chụp tầm soát bằng thụt bari) cho người có nguy cơ bị ung thư đại-trực tràng cao, 24 tháng một lần. *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS) CBAS là chương trình dịch vụ ngoại trú, tại cộng đồng, trong đó mọi người sẽ tham gia theo lịch. Chương trình này cung cấp các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ xã hội, phương pháp trị liệu (bao gồm hoạt động trị liệu, vật lý trị liệu, và ngữ âm trị liệu), chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ cho gia đình/người chăm sóc, các dịch vụ dinh dưỡng, vận chuyển và các dịch vụ khác. Chúng tôi sẽ trả tiền cho CBAS nếu quý vị hội đủ tiêu chuẩn. **Lưu ý:** Nếu không có cơ sở CBAS, chúng tôi có thể cung cấp các dịch vụ này riêng. *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0
	Tư vấn ngừng hút thuốc hoặc sử dụng thuốc lá Nếu quý vị hút thuốc lá, không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của các bệnh liên quan đến thuốc lá, và muốn hoặc cần ngừng hút thuốc: • Chúng tôi sẽ trả tiền cho hai lần cố gắng ngừng hút thuốc lá trong thời gian 12 tháng theo dạng dịch vụ phòng ngừa. Dịch vụ này được miễn phí cho quý vị. Mỗi lần cố gắng ngừng hút thuốc bao gồm tối đa bốn lần tư vấn trực tiếp. Nếu quý vị đang hút thuốc lá và đã được chẩn đoán mắc bệnh liên quan đến thuốc lá hoặc đang uống loại thuốc có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc lá: • Chúng tôi sẽ trả tiền cho hai lần tư vấn để ngừng hút thuốc lá trong thời gian 12 tháng. Mỗi đợt tư vấn bao gồm tối đa bốn lần khám trực tiếp. Nếu có thai, quý vị có thể nhận được tư vấn cai thuốc lá không giới hạn nhưng phải có sự chấp thuận trước.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Dịch vụ nha khoa Các dịch vụ nha khoa nhất định, bao gồm làm sạch, trám, và hàm răng giả, được cung cấp qua Chương trình Medi-Cal Dental. Xem Mục F để tìm hiểu thêm về quyền lợi này. Denti-Cal sẽ bao trả lên đến $1,800 cho các dịch vụ mỗi năm lịch. Tham khảo trang web Denti-Cal và Sổ tay Người thụ hưởng Dịch vụ California Medi-Cal Dental để biết thêm thông tin tại www.denti-cal.ca.gov. *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho các dịch vụ.* *Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0
	Tầm soát chứng trầm cảm Chúng tôi sẽ thanh toán cho một cuộc tầm soát bệnh trầm cảm mỗi năm. Khám sàng lọc phải được thực hiện tại cơ sở chăm sóc chính là nơi có thể cung cấp dịch vụ điều trị theo dõi và cấp giấy giới thiệu.	$0
	Tầm soát bệnh tiểu đường Chúng tôi sẽ thanh toán cho việc tầm soát này (kể cả đo đường huyết vào lúc đói), nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây: • Huyết áp cao (cao máu) • Tiền sử có các mức cholesterol và triglyceride bất thường (dyslipidemia - rối loạn mỡ máu) • Bệnh béo phì • Tiền sử đường huyết (glucose) cao Các xét nghiệm có thể sẽ được bảo hiểm trong một số trường hợp, như nếu quý vị bị quá cân và gia đình có tiền sử bị tiểu đường. Tùy thuộc vào các kết quả xét nghiệm, quý vị có thể đủ điều kiện nhận lên đến hai lần khám sàng lọc bệnh tiểu đường trong mỗi kỳ 12 tháng.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Quý vị phải trả bao nhiêu
Hướng dẫn tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và vật dụng Chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ sau đây cho tất cả những người bị tiểu đường (dù họ có sử dụng insulin hay không): • Vật dụng để theo dõi huyết đường của quý vị, bao gồm những thứ sau đây: ○ Một máy theo dõi huyết đường ○ Giấy thử huyết đường ○ Dụng cụ trích và mũi trích máu ○ Dung dịch đường đối chứng để kiểm tra độ chính xác của giấy thử và máy theo dõi huyết đường ○ Đối với băng thử và máy theo dõi đường huyết, nhà sản xuất ưu tiên là Abbott. Băng thử FreeStyle® và máy theo dõi đường huyết (do Abbott sản xuất) sẽ không đòi hỏi bác sĩ phải xin phép chương trình trước (đôi khi được gọi là “cho phép trước”). Băng thử và máy theo dõi đường huyết của tất cả các nhà sản xuất khác sẽ đòi hỏi bác sĩ phải xin phép chương trình trước (đôi khi được gọi là “cho phép trước”) • Với người tiểu đường bị bệnh chân do tiểu đường nặng, chúng tôi sẽ trả cho những thứ sau đây: ○ Một đôi giày trị liệu đúc theo chân từng người (kể cả vật chèn), kể cả sửa cho vừa và hai đôi vật chèn dự phòng nữa cho mỗi năm theo lịch, **hoặc** ○ Một đôi giày sâu lòng, kể cả sửa cho vừa, và ba đôi vật chèn mỗi năm (không bao gồm vật chèn tháo được không làm cho từng người được cung cấp kèm theo các giày đó) • Chúng tôi sẽ thanh toán cho việc đào tạo giúp quý vị kiểm soát bệnh tiểu đường của mình, trong một số trường hợp. Để tìm hiểu thêm, liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng. *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng đối với các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Thiết bị Y tế Lâu bền (DME) và tiếp liệu liên quan (Để biết định nghĩa về "Thiết bị y tế lâu bền (DME)", xem Chương 12 của sổ tay này.) Các mục sau đây được bảo hiểm: • Xe lăn • Nạng • Bộ nệm điện • Tấm ép khô cho nệm • Vật dụng cho bệnh tiểu đường • Giường bệnh viện do nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu cung cấp cho sử dụng tại nhà • Bơm truyền tĩnh mạch (IV) và cực • Bơm ngoài đường ruột và vật tư • Thiết bị trợ nói • Thiết bị cho thở oxy kèm vật dụng • Máy tạo khí dung • Khung đi bộ (walker) • Tay cầm cong tiêu chuẩn hoặc bốn gậy và vật tư thay thế • Nâng cổ tử cung (qua cửa) • Kích thích xương • Thiết bị chăm sóc lọc máu Các thứ khác có thể sẽ được bảo hiểm. Chúng tôi sẽ thanh toán cho tất cả các DME cần thiết về mặt y tế và thường được Medicare và Medi-Cal thanh toán. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi tại khu vực của quý vị không có hàng của nhãn hiệu hoặc nhà sản xuất cụ thể nào đó, quý vị có thể yêu cầu họ đặt hàng riêng cho quý vị. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp**	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Thiết bị Y tế Lâu bền (DME) và tiếp liệu liên quan (tiếp theo) *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

	Chăm sóc cấp cứu
	Chăm sóc cấp cứu nghĩa là các dịch vụ:
	• Được cung cấp bởi một nhà cung cấp dịch vụ được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu, **và**
	• Cần để điều trị một tình trạng cấp cứu y tế.
	Cấp cứu y tế là một bệnh trạng y tế có cơn đau dữ dội hoặc thương tích nghiêm trọng. Bệnh trạng này nghiêm trọng đến mức, nếu không được chăm sóc y tế ngay, bất kỳ người nào có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học cũng có thể cho rằng nó sẽ dẫn đến:
	• Nguy cơ nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc của thai nhi của quý vị; **hoặc**
	• Tổn hại nghiêm trọng đến các chức năng cơ thể; **hoặc**
	• Rối loạn nghiêm trọng bất kỳ cơ quan hay bộ phận nào của cơ thể; **hoặc**
	• Trong trường hợp một phụ nữ mang thai đang chuyển dạ sinh nở, khi:
	  ○ Không có đủ thời gian để vận chuyển quý vị được an toàn đến bệnh viện khác trước khi sinh.
	  ○ Việc vận chuyển đến bệnh viện khác có thể sẽ đe dọa cho sức khỏe hoặc an toàn cho quý vị hoặc cho thai nhi của quý vị.
	Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sẽ bồi hoàn cho quý vị tối đa **$25,000** trong các dịch vụ cấp cứu nhận được ở bất kỳ nơi nào bên ngoài Hoa Kỳ mỗi năm dương lịch. Chúng tôi sẽ chỉ hoàn trả cho quý vị nếu các dịch vụ quý vị nhận được đáp ứng các tiêu chí chăm sóc cấp cứu được liệt kê ở trên. Xem Mục Bảo hiểm Khẩn cấp và Cấp cứu Toàn cầu ở cuối bảng này để biết thêm thông tin.
		$0
		Nếu quý vị được chăm sóc cấp cứu ở một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu đã ổn định, quý vị phải trở về bệnh viện trong mạng lưới để chăm sóc tiếp tục và được bảo hiểm HOẶC nếu chương trình cho phép quý vị được nội trú lại ở bệnh viện ngoài mạng lưới đó. Nếu quý vị được phép lưu trú thì chi phí của quý vị sẽ giống như chi phí quý vị phải trả trong thời gian lưu trú tại bệnh viện trong mạng lưới.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình Luật pháp cho phép quý vị được chọn bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào cho một số các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Tức là quý vị có thể chọn bất kỳ bác sĩ, phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hoặc văn phòng kế hoạch hóa gia đình nào. Chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ sau đây: • Khám kế hoạch hóa gia đình và điều trị y tế • Xét nghiệm và kiểm tra chẩn đoán kế hoạch hóa gia đình • Các phương pháp kế hoạch hóa gia đình (IUD, thuốc tiêm, cấy que ngừa thai, thuốc ngừa thai, thuốc dán, hoặc vòng xoắn) • Các vật dụng kế hoạch hóa gia đình có toa (bao cao su, miếng xốp, bọt, màng, màng chắn, nắp) • Tư vấn và chẩn đoán vô sinh, và các dịch vụ liên quan • Cố vấn, xét nghiệm và điều trị bệnh nhiễm trùng qua đường tình dục (STI) • Tư vấn và xét nghiệm HIV và AIDS, và các bệnh khác liên quan đến HIV • Triệt sản (quý vị phải từ 21 tuổi trở lên mới được chọn phương pháp tránh thai này. Quý vị phải ký mẫu đồng ý triệt sản của liên bang ít nhất 30 ngày, nhưng không quá 180 ngày trước ngày triệt sản.) • Tư vấn về di truyền Chúng tôi cũng sẽ trả cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình khác. Tuy nhiên, quý vị phải khám với một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng của chúng tôi cho các dịch vụ sau đây: • Điều trị các bệnh trạng vô sinh (Dịch vụ này không bao gồm những phương pháp thụ thai nhân tạo). • Điều trị AIDS và các bệnh khác liên quan đến HIV • Kiểm tra di truyền	$0 tiền đồng trả cho các dịch vụ y tế và chẩn đoán. Với các khoản mục theo toa, thì có thể sẽ áp dụng tiền đồng trả cho mục theo toa.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Các chương trình giáo dục sức khỏe và sức khỏe toàn diện Chúng tôi cung cấp nhiều chương trình tập trung vào một số tình trạng sức khỏe nào đó. Các chương trình này gồm có: • Các lớp giáo dục về sức khỏe; • Các lớp giáo dục về dinh dưỡng; • Hút thuốc lá và Cai thuốc lá; **và** • Đường dây tham khảo với Y tá Đường dây Y tá Tư vấn của Blue Shield of California Promise Health Plan cung cấp y tá đã đăng ký túc trực để trả lời thắc mắc 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Gọi Đường dây Y tá Tư vấn theo số (800) 609-4166 (TTY 711). Y tá túc trực qua điện thoại để trả lời các thắc mắc thông thường về sức khỏe hoặc cung cấp các nguồn lực khác để biết thêm thông tin. Với Đường dây Y tá Tư vấn, hội viên có bản tóm tắt cuộc nói chuyện gửi qua email cho họ bao gồm tất cả thông tin và đường dẫn để dễ tham khảo.	$0
	Lớp Thể dục thẩm mỹ và Hội viên Câu lạc bộ Sức khỏe SilverSneakers® Fitness Các hoạt động thể dục, giáo dục và xã hội được quyền tiếp cận: • Hàng nghìn địa điểm thể hình trên toàn quốc mà quý vị có thể sử dụng bất kỳ lúc nào. • Thiết bị tập luyện và lớp học SilverSneakers. • Các hoạt động và sự kiện xã hội. • Lớp học SilverSneakers FLEX™ chẳng hạn như yoga, khiêu vũ Latin, và thái cực quyền. • Với SilverSneakers Life, có cảm giác quý vị đang ở trong lớp, không phải rời khỏi nhà.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Dịch vụ Thính giác Chúng tôi trả tiền cho dịch vụ kiểm tra thính giác và thăng bằng do nhà cung cấp dịch vụ của quý vị thực hiện. Các dịch vụ này cho quý vị biết liệu quý vị có cần phải điều trị hay không. Các dịch vụ này được bảo hiểm như dịch vụ chăm sóc ngoại trú khi quý vị sử dụng của bác sĩ, chuyên gia thính học, hoặc nhà cung cấp hội đủ điều kiện khác. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan bảo hiểm lên tới **$2,000** trị giá quyền lợi máy trợ thính bổ sung cho cả hai tai kết hợp mỗi năm quyền lợi (ngày 1 tháng 1 – ngày 31 tháng 12). Quyền lợi máy trợ thính bao gồm: • Máy trợ thính • Khuôn tai • Tiếp liệu sửa đổi • Phụ kiện Ngoài những quyền lợi bổ sung trên, Medi-Cal có thể bảo hiểm lên đến **$1,510** giá trị quyền lợi máy trợ thính mỗi năm tài chính (1 tháng 7 – 30 tháng 6). Nếu quý vị có thai, hoặc sống trong cơ sở điều dưỡng, chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho các máy trợ thính, bao gồm: • Khuôn tai, vật dụng, và nút tai • Sửa chữa có chi phí trên $25 mỗi lần sửa • Một bộ pin đầu tiên • Sáu lần khám để hướng dẫn, điều chỉnh, và lắp đặt với cùng nhà cung cấp sau khi quý vị mua máy trợ thính • Thuê máy trợ thính trong thời gian dùng thử *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Tầm soát HIV Chúng tôi thanh toán cho một cuộc khám tầm soát HIV mỗi 12 tháng cho người: • Yêu cầu xét nghiệm tầm soát HIV, **hoặc** • Có nguy cơ bị nhiễm HIV cao. Với phụ nữ có thai, chúng tôi trả cho tối đa ba lần xét nghiệm truy tầm HIV trong một thai kỳ.	$0
	Chăm sóc với cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà Trước khi quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, một bác sĩ phải cho chúng tôi biết là quý vị cần dịch vụ đó, và dịch vụ đó phải được cung cấp bởi một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây, và có thể cho các dịch vụ khác không được nêu tại đây: • Dịch vụ điều dưỡng chuyên môn bán thời gian hoặc không thường xuyên và dịch vụ hỗ trợ y tế tại nhà (Sẽ được bảo hiểm theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và nhân viên hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà được kết hợp của quý vị phải phục vụ tổng cộng ít hơn 8 giờ mỗi ngày và 35 giờ hoặc ít hơn mỗi tuần.) • Liệu pháp vật lý, liệu pháp chức năng và liệu pháp âm ngữ • Các dịch vụ y tế và xã hội • Thiết bị và vật dụng y tế *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Trị liệu tiêm truyền tại nhà Chúng tôi sẽ thanh toán cho trị liệu tiêm truyền tại nhà, trị liệu này được định nghĩa là thuốc hoặc các chất sinh học đưa vào tĩnh mạch hoặc đưa vào dưới da và cung cấp cho quý vị tại nhà. Cần các yếu tố sau để thực hiện tiêm truyền tại nhà: • Thuốc hoặc chất sinh học, chẳng hạn globulin kháng vi-rút hoặc miễn dịch; • Các dụng cụ, chẳng hạn bơm; và • Các tiếp liệu, chẳng hạn đường ống hoặc ống thông. Chúng tôi sẽ bao trả cho các dịch vụ tiêm truyền tại nhà, bao gồm nhưng không giới hạn: • Các dịch vụ chuyên nghiệp, bao gồm dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp phù hợp với kế hoạch chăm sóc của quý vị; • Giáo dục và đào tạo dành cho hội viên chưa được bao gồm trong quyền lợi DME; • Giám sát từ xa; và • Giám sát các dịch vụ cung cấp trị liệu tiêm truyền tại nhà và thuốc tiêm truyền tại nhà do nhà cung cấp trị liệu tiêm truyền tại nhà đủ điều kiện cung cấp. *Các quy tắc cho phép có thể áp dụng cho các dịch vụ. Quý vị phải nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	Quý vị sẽ thanh toán $0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu tiêm truyền tại nhà được bảo hiểm.
	Giao bữa ăn tại nhà Sau khi xuất viện nội trú hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF), chúng tôi sẽ bao trả: • 22 bữa ăn và 10 bữa ăn nhẹ mỗi đợt xuất viện • Các bữa ăn và bữa ăn nhẹ sẽ được chia làm tối đa ba đợt giao riêng biệt nếu cần • Chỉ bảo hiểm tối đa cho hai lần xuất viện mỗi năm Để biết thêm thông tin, quý vị có thể gọi bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (số điện thoại được in ở bìa sau của cuốn sách này).	Quý vị thanh toán $0 cho mỗi đợt giao bữa ăn tại nhà được bảo hiểm.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Chăm sóc giai đoạn cuối đời Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc của bất kỳ chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Quý vị có quyền chọn sử dụng dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời nếu nhà cung cấp dịch vụ và hướng dẫn viên chăm sóc giai đoạn cuối đời (hospice medical director) của quý vị xác định rằng quý vị có tiên lượng tử vong. Điều đó có nghĩa là quý vị đang bị bệnh cuối đời và dự kiến sẽ không sống được quá sáu tháng. Bác sĩ chăm sóc giai đoạn cuối đời của quý vị có thể là một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới cũng như ngoài mạng lưới. Chương trình sẽ trả cho những mục sau đây khi quý vị đang nhận dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời: • Thuốc để điều trị các triệu chứng và đau • Chăm sóc nghỉ ngơi trong thời gian ngắn • Chăm sóc tại nhà **Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp**	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Chăm sóc cuối đời (tiếp) **Hóa đơn của dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời và các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B bảo hiểm sẽ được gửi cho Medicare.** • Xem Mục F của chương này để tìm hiểu thêm. • Khi quý vị tham gia một chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời được Medicare Phần A và B của quý vị chứng nhận liên quan đến bệnh cuối đời của quý vị sẽ do Medicare thanh toán. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan không thanh toán cho các dịch vụ này. **Với các dịch vụ được Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan bảo hiểm nhưng không được Medicare Phần A hoặc B bảo hiểm:** • Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sẽ bảo hiểm cho các dịch vụ được chương trình bảo hiểm mà không được bảo hiểm theo Medicare Phần A hoặc B. Chương trình sẽ bảo hiểm cho các dịch vụ này dù các dịch vụ đó có liên quan đến tiên lượng tử vong của quý vị hay không. Quý vị không phải trả đồng nào cho các dịch vụ này. **Với các thuốc có thể sẽ được bảo hiểm theo quyền lợi Medicare Phần D của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:** • Thuốc sẽ không bao giờ được cả cơ sở chăm sóc giai đoạn cuối đời và chương trình bảo hiểm đồng thời. Để tìm hiểu thêm, vui lòng xem tại Chương 5 Phần B, C, và D. **Lưu ý:** Nếu quý vị cần chăm sóc không phải là chăm sóc giai đoạn cuối đời, quý vị nên liên lạc với Điều phối Viên Chăm sóc của quý vị để sắp xếp cho các dịch vụ này. Chăm sóc không phải cuối đời là chăm sóc không liên quan đến căn bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Để nói chuyện với Điều phối viên Chăm sóc của quý vị, gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số điện thoại cuối trang này và chọn lấy một Điều phối viên Chăm sóc trong danh sách chờ. Chương trình chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ tư vấn về chăm sóc giai đoạn cuối đời (chỉ một lần mà thôi) cho người bị bệnh cuối đời chưa chọn phúc lợi chăm sóc giai đoạn cuối đời.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Chích ngừa Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Vắc-xin viêm phổi • Tiêm phòng cúm, mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, với các mũi tiêm phòng cúm bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế • Vắc-xin viêm gan B nếu quý vị có nguy cơ nhiễm viêm gan B cao hoặc trung bình • Các vắc xin khác nếu quý vị có nguy cơ bị nhiễm và các vắc xin đó hội đủ các quy định về bảo hiểm của Medicare Phần B Chúng tôi sẽ thanh toán cho các vắc-xin khác thỏa mãn các quy định về bảo hiểm của Medicare Phần D. Đọc Chương 6 Phần H để tìm hiểu thêm. Chúng tôi cũng thanh toán cho tất cả các loại vắc-xin cho người lớn theo khuyến nghị của Ủy ban Tư vấn Thực hành Tiêm chủng (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).	$0
	Chăm sóc bệnh nhân nội trú tại bệnh viện Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác không được nêu tại đây: • Một nửa phòng riêng (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • Bữa ăn, kể cả bữa ăn đặc biệt • Dịch vụ điều dưỡng thông thường • Chi phí của các phòng chăm sóc đặc biệt, ví dụ như phòng chăm sóc chuyên sâu hoặc phòng chăm sóc mạch vành • Thuốc • Xét nghiệm • Chụp X-quang và các dịch vụ phóng xạ khác • Vật dụng giai phẫu và y tế cần thiết **Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp**	$0 Quý vị phải được chương trình chấp thuận thì mới được tiếp tục nhận chăm sóc nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị đã được ổn định.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Chăm sóc tại bệnh viện nội trú (tiếp) • Các đồ dùng, như xe lăn chẳng hạn • Các dịch vụ thuộc phòng giải phẫu và hồi sức • Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, và ngữ âm trị liệu • Các dịch vụ lạm dụng dược chất nội trú • Trong một số trường hợp, là các loại cấy ghép sau đây: giác mạc, thận, thận/tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc, và ruột/đa nội tạng. Nếu quý vị cần cấy ghép, trung tâm cấy ghép được Medicare chấp thuận sẽ xem xét hồ sơ của quý vị và quyết định xem quý vị có thể được chọn tiến hành cấy ghép hay không. Nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở tại địa phương hoặc nằm ngoài khu vực cung cấp dịch vụ. Nếu nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép tại địa phương sẵn sàng chấp nhận giá của Medicare, quý vị có thể nhận dịch vụ cấy ghép của quý vị tại địa phương hoặc ngoài khu vực cung cấp dịch vụ có cách thức chăm sóc khác với cách thức sử dụng tại cộng đồng của quý vị. Nếu Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cung cấp các dịch vụ cấy ghép ngoài loại hình chăm sóc cho cộng đồng chúng ta và quý vị chọn lựa nhận dịch vụ cấy ghép tại đó, chúng tôi sẽ sắp xếp hoặc trả tiền cho chỗ ở và các chi phí di chuyển của quý vị và một người khác. • Máu, kể cả lưu trữ và cho dùng • Các dịch vụ bác sĩ *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0 Quý vị phải được chương trình chấp thuận thì mới được tiếp tục nhận chăm sóc nội trú tại bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị đã được ổn định.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú Chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú đòi hỏi phải ở lại bệnh viện. • Nếu quý vị cần dịch vụ nội trú tại một bệnh viện tâm thần độc lập, chúng tôi sẽ trả tiền cho 190 ngày đầu tiên. Sau đó, cơ quan sức khỏe tâm thần của quận tại địa phương sẽ trả cho các dịch vụ tâm thần nội trú cần thiết về mặt y tế. Việc cấp giấy chăm sóc sau 190 ngày sẽ do cơ quan sức khỏe tâm thần của quận tại địa phương điều phối. ○ Giới hạn 190 ngày không áp dụng cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú cung cấp tại khoa tâm thần của bệnh viện đa khoa. • Nếu quý vị từ 65 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ quý vị đã nhận được từ Cơ sở Điều trị Bệnh TâmThần (Institute for Mental Diseases - IMD). *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu

	Nội trú bệnh viện: Các dịch vụ được bảo hiểm tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (skilled nursing facility, SNF) trong thời gian nội trú không được bảo hiểm
	Nếu trường hợp nội trú của quý vị không hợp lý và cần thiết về y tế, chúng tôi sẽ không trả tiền.
	Tuy nhiên, trong một số trường hợp chăm sóc nội trú không được bảo hiểm, chúng tôi vẫn có thể thanh toán cho các dịch vụ quý vị nhận được khi quý vị ở trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng. Để tìm hiểu thêm, liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng.
	Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây, và có thể cho các dịch vụ khác không được nêu tại đây:
	• Các dịch vụ của bác sĩ
	• Kiểm tra để chẩn đoán, như xét nghiệm chẳng hạn
	• Chụp X-quang, liệu pháp radium và đồng vị, kể cả vật liệu và dịch vụ của kỹ thuật viên
	• Băng bó giải phẫu
	• Nẹp, băng bột, và các dụng cụ khác sử dụng để điều trị nứt và lệch vị xương
	• Bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình, ngoài nha khoa, kể cả thay thế hoặc sửa chữa những dụng cụ đó. Đây là những dụng cụ:
	  ○ Thay thế cho toàn bộ hoặc một phần của cơ quan nội tạng (kể cả mô kế cận), **hoặc**
	  ○ Thay thế cho toàn bộ hoặc một phần chức năng của cơ quan nội tạng không hoạt động hoặc bị rối loạn chức năng.
	• Các nẹp chân, tay, lưng và cổ, băng giữ, và chân, tay, mắt nhân tạo. Trường hợp này cũng bao gồm cả việc điều chỉnh, sửa chữa, và thay thế cần thiết khi nứt gãy, hao mòn, mất mát, hoặc thay đổi tình trạng của bệnh nhân.
	• Vật lý trị liệu, ngữ âm trị liệu, và hoạt động trị liệu
	Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.
		$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Các dịch vụ và vật dụng cho bệnh thận Chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ sau đây: • Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để dạy cách chăm sóc thận và giúp hội viên có quyết định sáng suốt về việc chăm sóc của mình. Quý vị phải bị bệnh thận kinh niên ở giai đoạn IV, và bác sĩ của quý vị phải giới thiệu quý vị. Chúng tôi sẽ bảo hiểm cho tối đa sáu buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận. • Điều trị bằng lọc thận ngoại trú, kể cả điều trị bằng lọc thận khi tạm thời không ở trong khu vực cung cấp dịch vụ, như có nói tại Chương 3 Mục D • Các điều trị chạy thận nội trú (nếu quý vị được nhập viện như một bệnh nhân nội trú tại một bệnh viện để chăm sóc đặc biệt) • Hướng dẫn tự chạy thận nhân tạo, kể cả hướng dẫn cho quý vị và bất kỳ ai giúp quý vị điều trị bằng phương pháp chạy thận nhân tạo tại nhà • Thiết bị và vật dụng chạy thận nhân tạo tại nhà • Các dịch vụ hỗ trợ tại nhà nào đó, như chuyến viếng thăm của nhân viên lọc thận đã được đào tạo để kiểm tra việc lọc thận tại nhà của quý vị, để giúp đỡ khi cấp cứu, và để kiểm tra thiết bị lọc thận và nguồn cung cấp nước của quý vị. Quyền lợi thuốc Phần B Medicare của quý vị sẽ thanh toán cho một số thuốc để chạy thận nhân tạo. Để tìm hiểu, vui lòng xem "Thuốc theo toa Medicare Phần B" trong bảng dưới đây. *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Truy tầm ung thư phổi Chương trình sẽ thanh toán cho tầm soát ung thư phổi mỗi 12 tháng nếu quý vị: • Từ tuổi 55-80, **và** • Có một buổi tư vấn và cùng ra quyết định với bác sĩ hay nhà cung cấp dịch vụ đủ điều kiện khác, **và** • Đã hút thuốc ít nhất 1 gói mỗi ngày trong 30 năm mà hiện nay không có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng của ung thư phổi hoặc khói thuốc nào hoặc đã bỏ hút thuốc trong 15 năm qua. Sau lần tầm soát đầu tiên, chương trình sẽ thanh toán cho một lần tầm soát nữa cho mỗi năm nếu có văn bản yêu cầu của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ đủ điều kiện khác của quý vị. *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Phương pháp dinh dưỡng y tế Quyền lợi này dành cho những người bị tiểu đường hoặc bệnh thận không cần phải chạy thận nhân tạo. Phúc lợi này cũng được cung cấp sau ghép thận khi được bác sĩ của quý vị giới thiệu. Chúng tôi sẽ trả tiền cho ba giờ tư vấn một lần - trong năm đầu tiên mà quý vị nhận dịch vụ dinh dưỡng y tế của Medicare. (Tức là bao gồm chương trình của chúng tôi, bất kỳ chương trình Medicare Advantage nào khác, hoặc Medicare.) Chúng tôi có thể phê duyệt các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y khoa. Chúng tôi sẽ trả cho hai giờ tư vấn một lần - cho mỗi năm sau đó. Nếu bệnh trạng, việc điều trị, hoặc kết quả chẩn đoán của quý vị thay đổi, quý vị có thể được nhận thêm số giờ điều trị khi có giấy giới thiệu của bác sĩ. Bác sĩ phải chỉ định cho sử dụng các dịch vụ này và gia hạn giấy giới thiệu mỗi năm nếu quý vị cần được điều trị trong năm theo lịch kế tiếp. Chúng tôi có thể phê duyệt các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y khoa. *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0
	Chương trình Dự phòng Tiểu đường của Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Chương trình sẽ trả cho các dịch vụ MDPP. MDPP được thiết kế để giúp quý vị cải thiện hành vi lành mạnh. Nó cung cấp đào tạo thực tế về: • thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, **và** • tăng hoạt động thể chất, **và** • cách duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh. *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Thuốc theo toa Medicare Phần B Các thuốc này được bảo hiểm theo Phần B Medicare. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sẽ trả tiền cho các thuốc sau đây: • Các thuốc mà quý vị không thường tự sử dụng và được tiêm hoặc truyền khi quý vị nhận dịch vụ của bác sĩ, bệnh viện ngoại trú, hoặc trung tâm giải phẫu ngoại trú • Các thuốc mà quý vị dùng với thiết bị y tế lâu bền (như máy tạo khí dung) đã được chương trình cấp giấy cho phép • Yếu tố đông máu mà quý vị tự tiêm nếu quý vị bị mắc bệnh loãng máu • Thuốc ức chế miễn dịch, nếu quý vị đã được ghi danh trong Medicare Phần A vào thời điểm cấy ghép cơ quan • Thuốc chống loãng xương đã được tiêm. Các thuốc này sẽ được trả nếu quý vị ở nhà, bị nứt xương mà bác sĩ chứng nhận là có liên quan đến loãng xương hậu mãn kinh, và không thể tự tiêm thuốc được • Kháng nguyên • Một số thuốc chống ung thư dạng uống và thuốc chống buồn nôn • Một số loại thuốc để lọc thận tại nhà, gồm heparin, thuốc giải độc cho heparin (khi cần thiết về y tế), gây mê cục bộ, và các chất kích thích tạo hồng cầu (chẳng hạn Epoetin Alfa-epbx hoặc AranespÒ) globulin miễn dịch truyền tĩnh mạch để điều trị các bệnh suy giảm miễn dịch nguyên phát Chúng tôi cũng sẽ bảo hiểm cho một số loại vắc-xin theo quyền lợi thuốc theo toa Medicare Phần B và D của chúng tôi. ***Xem tiếp phúc lợi này ở trang kế tiếp***	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Thuốc theo toa Phần B của Medicare *(tiếp)* Chương 5 giải thích về các quyền lợi thuốc theo toa ngoại trú. Phần này giải thích về các nguyên tắc quý vị phải tuân theo để được bảo hiểm thuốc theo toa của mình. Chương 6 giải thích quý vị sẽ phải trả như thế nào cho các thuốc toa ngoại trú qua chương trình của chúng tôi.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Chương trình Dịch vụ Người Cao niên Đa Mục đích (MSSP) MSSP là chương trình quản lý trường hợp cung cấp các Dịch vụ Tại nhà và Cộng đồng (HCBS) cho người hội đủ tiêu điều kiện hưởng Medi-Cal. Để hội đủ tiêu chuẩn được hưởng, quý vị phải từ 65 tuổi trở lên, sống trong khu vực cung cấp dịch vụ của một cơ sở, có thể được phục vụ trong phạm vi các giới hạn chi phí của MSSP, phù hợp với các dịch vụ quản lý trường hợp, hiện đang đủ tiêu chuẩn được hưởng Medi-Cal, và được chứng nhận hoặc có thể được chứng nhận để được đưa vào một cơ sở điều dưỡng. Các dịch vụ MSSP gồm có: • Trung tâm Hỗ trợ/Chăm sóc Ban ngày cho Người lớn • Hỗ trợ Dọn dẹp Nhà cửa • Hỗ trợ Việc vặt và Chăm sóc Cá nhân • Giám sát Bảo vệ • Quản lý Trường hợp • Chăm sóc Nghỉ ngơi • Vận chuyển • Dịch vụ Cung cấp Bữa ăn • Dịch vụ Xã hội • Dịch vụ Liên lạc Quyền lợi này được bảo hiểm tối đa $5,356.25 mỗi năm. *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Vận chuyển y tế không cấp cứu Quyền lợi này cho phép được vận chuyển theo cách thức có hiệu quả nhất về mặt chi phí nhưng phải có thể tiếp cận được. Quyền lợi này có thể bao gồm: các dịch vụ vận chuyển y tế bằng phương tiện vận chuyển cấp cứu (ambulance), xe có cáng (litter van), hoặc xe có đường cho xe lăn lên xuống (wheelchair van), và kết hợp với phương tiện giao thông của cộng đồng. Các hình thức vận chuyển sẽ được cấp giấy phép khi: • Bệnh trạng và/hoặc tình trạng thể chất của quý vị không cho phép quý vị đi lại bằng xe buýt, xe khách, taxi, hoặc hình thức vận chuyển công cộng hoặc tư nhân khác, **và** • Việc vận chuyển là cần thiết cho mục đích nhận dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết. Tùy theo dịch vụ, có thể cần phải xin cấp giấy cho phép trước. Dịch vụ này được cung cấp bằng cách gọi 1-877-433-2178 (TTY 711) 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Vận chuyển không phải là y tế Phúc lợi này cho phép được vận chuyển đến các dịch vụ y tế bằng xe khách, taxi, hoặc các hình thức vận chuyển công/tư khác. Quyền lợi này không giới hạn quyền lợi vận chuyển y tế không phải là cấp cứu của quý vị. Chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ vận chuyển khứ hồi không giới hạn cho các dịch vụ được bảo hiểm cần thiết về mặt y tế, bao gồm nhưng không giới hạn ở những dịch vụ sau: • Các lần thăm khám định kỳ với bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa • Các nhà thuốc để mua thuốc theo toa không thể được gửi trực tiếp đến quý vị • Mua vật tư y tế, bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình và các thiết bị khác • Các dịch vụ sức khỏe tâm thần đặc biệt, các dịch vụ rối loạn sử dụng dược chất, dịch vụ Denti-Cal và các dịch vụ khác được cung cấp bởi các chương trình của tiểu bang hoặc quận. Trong một số trường hợp nhất định, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan thậm chí sẽ bồi hoàn cho một người bạn hoặc thành viên gia đình tiền xăng mỗi dặm họ đưa quý vị đến một dịch vụ hoặc địa điểm được bảo hiểm. Việc bồi hoàn sẽ chỉ xảy ra khi không có phương tiện vận chuyển nào khác hợp lý. Quý vị không thể tự lái xe và nếu quý vị nghĩ rằng một người bạn hoặc gia đình sẽ phải sử dụng xe riêng của họ để đưa quý vị đến một dịch vụ hoặc địa điểm được bảo hiểm, vui lòng liên lạc bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan trước khi chuyến đi được chấp thuận. Dịch vụ này được cung cấp bằng cách gọi 1-877-433-2178 (TTY 711) 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. *Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng Cơ sở điều dưỡng (nursing facility - NF) là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận được dịch vụ chăm sóc tại nhà nhưng không cần phải ở trong bệnh viện. Các dịch vụ chúng tôi chi trả gồm có, nhưng không chỉ, là các dịch vụ sau đây: • Một nửa phòng riêng (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • Bữa ăn, kể cả bữa ăn đặc biệt • Dịch vụ điều dưỡng • Liệu pháp vật lý, liệu pháp chức năng và liệu pháp âm ngữ • Trị liệu đường hô hấp • Thuốc cung cấp cho quý vị theo kế hoạch chăm sóc của quý vị. (Những thuốc này gồm có những chất tự nhiên có sẵn trong cơ thể, như yếu tố đông máu). • Máu, kể cả quản lý và lưu trữ • Vật dụng y tế và giải phẫu thường do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Xét nghiệm thường do cơ sở điều dưỡng sử dụng • Chụp X-quang và các dịch vụ phóng xạ khác thường do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Việc sử dụng các đồ dùng khác, như xe lăn thường do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Các dịch vụ của bác sĩ/bác sĩ thực hành • Thiết bị y tế lâu bền • Các dịch vụ nha khoa, kể cả hàm răng giả • Các quyền lợi về nhãn khoa **Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp**	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng (tiếp) • Khám thính giác • Chăm sóc bằng phương pháp nắn xương khớp • Các dịch vụ điều trị bệnh chân Quý vị thường sẽ nhận dịch vụ chăm sóc tại các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở không ở trong mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc của các nơi sau đây nếu họ chấp nhận mức tiền thanh toán của chương trình chúng tôi • Nhà điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc tiếp theo mà quý vị đã sống tại đó ngay trước khi tới bệnh viện (với điều kiện họ có cung cấp dịch vụ chăm sóc của cơ sở điều dưỡng). • Cơ sở điều dưỡng mà vợ/chồng quý vị đang sống tại đó vào lúc quý vị rời bệnh viện. *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0
	Tầm soát béo phì và liệu pháp giảm cân Nếu quý vị có chỉ số cơ thể (BMI) từ 30 trở lên, chúng tôi sẽ trả tiền cho dịch vụ tư vấn để giúp quý vị giảm cân. Quý vị phải nhận dịch vụ tư vấn tại cơ sở chăm sóc chính. Bằng cách đó, người ta có thể kiểm soát được toàn bộ chương trình phòng ngừa của quý vị. Trao đổi với nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Dịch vụ chương trình điều trị Opioid (Opioid Treatment Program) Chương trình sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau đây để điều trị rối loạn sử dụng opioid: • Thuốc được chấp thuận bởi Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược Phẩm (Food and Drug Administration, FDA) và, nếu có thể, quản lý và cung cấp cho quý vị các loại thuốc này • Tư vấn về lạm dụng dược chất • Liệu pháp cá nhân và nhóm • Xét nghiệm thuốc hoặc hóa chất trong cơ thể quý vị (xét nghiệm độc tính)	$0
	Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú và các dịch vụ cũng như tiếp liệu chữa bệnh Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác không được nêu tại đây: • Chụp X-quang • Phương pháp trị liệu phóng xạ (radium và đồng vị), kể cả vật liệu và vật dụng của kỹ thuật viên • Các vật dụng giải phẫu, như băng bó • Nẹp, băng bột, và các dụng cụ khác sử dụng để điều trị nứt và lệch vị xương • Xét nghiệm • Máu, kể cả quản lý và lưu trữ • Các thủ thuật kiểm tra chẩn đoán ngoại trú khác *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng đối với các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Theo dõi tại bệnh viện ngoại trú Dịch vụ theo dõi là các dịch vụ ngoại trú của bệnh viện được đưa ra để xác định xem quý vị có cần nhập viện như một bệnh nhân nội trú hay có thể được xuất viện hay không. Đối với các dịch vụ theo dõi bệnh viện ngoại trú được bảo hiểm, họ phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare và được coi là hợp lý và cần thiết. Các dịch vụ theo dõi chỉ được bảo hiểm khi được cung cấp theo lệnh của bác sĩ hoặc cá nhân khác được ủy quyền bởi luật cấp phép của tiểu bang và nhân viên bệnh viện để đưa bệnh nhân đến bệnh viện hoặc yêu cầu xét nghiệm ngoại trú. **Lưu ý:** Trừ khi các nhà cung cấp viết yêu cầu để quý vị nhập viện là một bệnh nhân nội trú cho bệnh viện, quý vị là một bệnh nhân ngoại trú và phải trả những khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ bệnh viện ngoại trú. Thậm chí nếu qúy vị nằm viện qua đêm, quý vị vẫn có thể là một "bệnh nhân ngoại trú". Nếu quý vị không chắc chắn mình có phải bệnh nhân ngoại trú hay không, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu

	Các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện
	
	Chúng tôi trả tiền cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận tại phòng ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị cho một bệnh hoặc thương tích, như:
	• Các dịch vụ trong khoa cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, chẳng hạn như các dịch vụ phẫu thuật ngoại trú hoặc theo dõi
	  ○ Dịch vụ theo dõi giúp bác sĩ của quý vị biết nếu quý vị cần nhập viện với tư cách là bệnh nhân "nội trú."
	  ○ Đôi khi quý vị có thể ở trong bệnh viện qua đêm và vẫn là bệnh nhân "ngoại trú."
	  ○ Quý vị có thể nhận thêm thông tin về nội trú hoặc ngoại trú trong tờ thông tin này www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf
	• Xét nghiệm và kiểm tra chẩn đoán theo hóa đơn của bệnh viện
	• Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, kể cả chăm sóc trong chương trình nhập viện bán trú, nếu bác sĩ chứng nhận rằng, không có dịch vụ này, thì cần phải điều trị nội trú
	• Chụp X-quang và các dịch vụ phóng xạ khác theo hóa đơn của bệnh viện
	• Vật dụng y tế, như nẹp hoặc băng bột
	• Các dịch vụ tầm soát để phòng ngừa và dịch vụ phòng ngừa được liệt kê trong toàn Bảng Quyền lợi.
	• Một số thuốc mà quý vị không thể tự sử dụng
	
	Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng đối với các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.
		$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú Chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi: • Bác sĩ chuyên khoa tâm thần hay bác sĩ được tiểu bang cấp phép • Chuyên viên tâm lý lâm sàng • Cán sự xã hội lâm sàng • Chuyên gia điều dưỡng lâm sàng • Chuyên viên điều dưỡng • Phụ tá bác sĩ • Bất kỳ nhân viên chăm sóc sức khỏe tâm thần nào khác đáp ứng được yêu cầu của Medicare được pháp luật hiện hành của tiểu bang cho phép Chúng tôi trả tiền cho các dịch vụ sau đây, và có thể chi trả cho các dịch vụ khác không được nêu tại đây: • Các dịch vụ lâm sàng • Điều trị ban ngày • Các dịch vụ phục hồi về tâm lý xã hội • Chương trình nhập viện bán trú/ngoại trú chuyên sâu • Đánh giá và điều trị sức khỏe tâm thần theo cá nhân hoặc theo nhóm • Kiểm tra tâm lý khi có chỉ định lâm sàng để đánh giá kết quả sức khỏe tâm thần • Các dịch vụ ngoại trú nhằm mục đích theo dõi liệu pháp thuốc • Xét nghiệm ngoại trú, thuốc, vật dụng và vật dụng, và thuốc bổ • Tư vấn tâm thần *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng đối với các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú Chúng tôi sẽ trả tiền cho dịch vụ vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, và ngữ âm trị liệu. Quý vị có thể nhận các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú của phòng ngoại trú của bệnh viện, phòng khám của chuyên gia trị liệu độc lập, cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF), và các cơ sở khác. Các dịch vụ phục hồi chức năng tim tối đa 2 phiên một giờ mỗi ngày cho tối đa 36 phiên trên 36 tuần. *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng đối với các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0
	Các dịch vụ lạm dụng dược chất ngoại trú Chúng tôi trả tiền cho các dịch vụ sau đây, và có thể chi trả cho các dịch vụ khác không được nêu tại đây: • Truy tầm và tư vấn về lạm dụng rượu • Điều trị lạm dụng dược chất • Tư vấn theo nhóm hoặc theo cá nhân của chuyên viên y tế hội đủ điều kiện • Giải độc bán cấp trong chương trình cai nghiện tại nhà • Các dịch vụ lạm dụng rượu và/hoặc dược chất tại trung tâm điều trị ngoại trú chuyên sâu • Điều trị bằng Naltrexone (vivitrol) phóng thích chậm *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng đối với các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Giải Phẫu ngoại trú Chúng tôi sẽ trả tiền cho ca giải phẫu ngoại trú và các dịch vụ tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện và trung tâm giải phẫu ngoại trú. *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng đối với các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0
	Các mục không cần toa (OTC) Quý vị được hưởng trợ cấp hàng quý trị giá $120 cho thuốc và tiếp liệu OTC. Các hạng mục như aspirin, vitamin, chế phẩm trị cảm lạnh và ho, và băng gạc được bảo hiểm theo quyền lợi này. Các hạng mục như mỹ phẩm và thực phẩm chức năng không được bảo hiểm theo quyền lợi này. Danh mục OTC và các chỉ dẫn đặt hàng có sẵn trực tuyến trên www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC. Quý vị có thể đặt các hạng mục qua số điện thoại 1-888-628-2770 (TTY: 711), Thứ Hai - Thứ Sáu từ 9:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều hoặc trực tuyến tại địa chỉ www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC Hàng đặt sẽ được chuyển đến miễn phí cho quý vị. Vui lòng đợi khoảng 7-10 ngày làm việc để nhận hàng Quyền lợi này có hiệu lực từ ngày đầu tiên của từng quý: Tháng Một, tháng Tư, tháng Bảy, và tháng Mười. Quý vị có thể đặt một đơn hàng mỗi quý và không thể chuyển khoản trợ cấp chưa sử dụng của mình sang quý tiếp theo.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Các dịch vụ nhập viện bán trú Nhập viện bán trú là một chương trình điều trị tâm thần tích cực theo kế hoạch của bệnh viện. Dịch vụ này được cung cấp tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện hoặc trung tâm sức khỏe tâm thần của cộng đồng. Dịch vụ này chuyên sâu hơn dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận tại văn phòng của bác sĩ hay chuyên gia trị liệu của quý vị. Nó có thể giúp quý vị không phải ở nội trú trong bệnh viện. **Lưu ý:** Vì không có trung tâm sức khỏe cộng đồng nào trong mạng lưới của chúng tôi, chúng tôi chỉ bảo hiểm cho dịch vụ nhập viện bán trú tại dịch vụ ngoại trú của bệnh viện. *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng đối với các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0
	Hệ thống Ứng cứu Cá nhân Khẩn cấp (PERS) PERS là hệ thống giám sát cảnh báo y tế cung cấp tiếp cận trợ giúp 24/7, khi bấm nút. Các quyền lợi PERS của quý vị được cung cấp cho quý vị bởi LifeStation®. Các quyền lợi quý vị sẽ nhận được từ LifeStation® bao gồm: • Một hệ thống ứng cứu cá nhân khẩn cấp • Lựa chọn hệ thống trong nhà hoặc thiết bị di động có GPS/WiFi • Giám sát hàng tháng • Dây dợ và bộ sạc cần thiết **Để lấy PERS và bắt đầu nhận các dịch vụ, gọi nhóm LifeStation's theo số 1-855-672-3269, 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần, hoặc truy cập www.medicalalertbenefits.com/bscamedicare.**	$0

	Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ, bao gồm cả thăm khám tại văn phòng của bác sĩ
	Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau đây:
	• Dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc dịch vụ giải phẫu cần thiết về mặt y tế được cung cấp tại những nơi như:
	  ○ Văn phòng của bác sĩ
	  ○ Trung tâm giải phẫu ngoại trú được chứng nhận
	  ○ Phòng ngoại trú của bệnh viện
	• Tham vấn, chẩn đoán và điều trị bởi một bác sĩ chuyên khoa
	• Khám thính giác và thăng bằng cơ bản do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị thực hiện, nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu khám để biết quý vị có cần phải điều trị hay không
	• Một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa bổ sung, bao gồm các dịch vụ của Bác sĩ để điều trị các bệnh trạng không phải cấp cứu như các triệu chứng cảm lạnh và cúm, dị ứng, viêm phế quản, nhiễm trùng đường hô hấp, các vấn đề về xoang, phát ban, nhiễm trùng mắt, đau nửa đầu và các bệnh trạng khác.
	• Quý vị có tùy chọn nhận các dịch vụ này thông qua thăm khám trực tiếp hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa. Nếu quý vị chọn nhận một trong các dịch vụ này thông qua dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới cung cấp dịch vụ này thông qua dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa.
	  • Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cho các lần thăm khám hàng tháng liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối dành cho các hội viên thẩm tách máu tại nhà khi thực hiện tại trung tâm thẩm tách máu thuộc bệnh viện hoặc bệnh viện nhỏ chăm sóc khẩn cấp tại nông thôn, trung tâm thẩm tách máu hoặc nhà của hội viên
	  • Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng đột quỵ
	  • Đánh giá trực tuyến (ví dụ: qua điện thoại hoặc trò chuyện video) với nhà cung cấp của quý vị trong 5-10 phút nếu:
	  ○ quý vị không phải là bệnh nhân mới **và**
	  ○ đánh giá không liên quan đến lần thăm khám tại văn phòng trong 7 ngày qua **và**
	  ○ đánh giá không dẫn đến việc phải thực hiện lần thăm khám khác tại văn phòng trong 24 giờ hoặc cuộc hẹn có thể đặt được trong thời gian sớm nhất
	Xem tiếp phúc lợi này ở trang kế tiếp
		$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu

	Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ, bao gồm cả thăm khám tại văn phòng của bác sĩ (tiếp)
	• Đánh giá video và/hoặc hình ảnh mà quý vị đã gửi cho bác sĩ và giải thích cũng như chăm sóc theo dõi của bác sĩ trong 24 giờ nếu:
	  ○ quý vị không phải là bệnh nhân mới **và**
	  ○ đánh giá không liên quan đến lần thăm khám tại văn phòng trong 7 ngày qua **và**
	  ○ đánh giá không dẫn đến việc phải thực hiện lần thăm khám khác tại văn phòng trong 24 giờ hoặc cuộc hẹn có thể đặt được trong thời gian sớm nhất
	• Hội chẩn giữa bác sĩ của quý vị với các bác sĩ khác qua điện thoại, Internet hoặc hồ sơ y tế điện tử nếu quý vị không phải là bệnh nhân mới
	• Ý kiến thứ hai của một nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới trước một thủ thuật
	• Dịch vụ chăm sóc nha khoa không thường lệ. Các dịch vụ được bảo hiểm chỉ bao gồm:
	  ○ Phẫu thuật hàm hoặc cấu trúc liên quan
	  ○ Chỉnh hình vết nứt cho xương hàm hoặc xương mặt
	  ○ Nhổ răng trước khi xạ trị cho khối u ung thư
	  ○ Các dịch vụ vẫn được bảo hiểm khi được bác sĩ cung cấp
	Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng đối với các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.
		$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Các dịch vụ điều trị bệnh chân Chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ sau đây: • Chẩn đoán và điều trị y tế hay giải phẫu cho tổn thương hoặc các bệnh của chân (như ngón chân đầu búa hay cựa gót chân) • Chăm sóc chân thường lệ cho hội viên có bệnh ảnh hưởng đến chân, như tiểu đường chẳng hạn *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng đối với các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0
	Khám truy tầm ung thư tuyến tiền liệt Với phái nam từ 50 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ sau đây một lần trong mỗi 12 tháng: • Khám trực tràng bằng phương pháp kỹ thuật số • Xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (prostate specific antigen, PSA) *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng đối với các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Bộ phận giả và các vật dụng liên quan Bộ phận giả thay thế cho toàn bộ hoặc một phần của một bộ phận hay chức năng của cơ thể. Chúng tôi trả tiền cho các bộ phận giả sau đây, và có thể chi trả cho các bộ phận khác không được nêu tại đây: • Túi hậu môn giả và vật dụng liên quan đến việc chăm sóc hậu môn giả • Dinh dưỡng qua đường ruột và đường tiêm, bao gồm bộ dụng cụ cung cấp thức ăn, bơm tiêm truyền, ống và bộ chuyển đổi, giải pháp và vật tư để tự tiêm • Máy tạo nhịp tim • Nẹp • Giày chân giả • Tay và chân giả • Vú giả (kể cả miếng độn vú sau khi cắt bỏ vú) • Chân giả thay thế toàn bộ một phần của bộ phận cơ thể bên ngoài đã bị cắt bỏ hoặc suy yếu do bệnh, chấn thương hoặc khuyết tật bẩm sinh • Kem và tã lót cho đại tiểu tiện không kiểm soát Chúng tôi cũng sẽ trả cho một số vật dụng nào đó liên quan đến các bộ phận giả. Chúng tôi cũng sẽ trả cho việc sửa chữa hoặc thay thế bộ phận giả. Chúng tôi cũng cung cấp một số bảo hiểm nào đó sau khi giải phẫu thuật lấy thủy tinh thể bị đục hoặc giải phẫu đục thủy tinh thể. Xem "Chăm sóc Nhãn khoa" sau đây trong mục này để biết chi tiết. Chúng tôi sẽ không trả cho các bộ phận nha khoa giả. Có thể bảo hiểm các thiết bị nha khoa giả theo Denti-Cal. Xem mục F ở chương này và truy cập www.denti-cal.ca.gov để biết thêm thông tin.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Các dịch vụ phục hồi chức năng phổi Chúng tôi sẽ trả tiền cho các chương trình phục hồi chức năng phổi cho hội viên bị bệnh phổi tắc nghẽn kinh niên (COPD) từ trung bình đến rất nặng. Quý vị phải có giấy giới thiệu đi phục hồi chức năng phổi của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị bệnh COPD. Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ hô hấp cho bệnh nhân phải thở máy. *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng đối với các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0
	Khám sàng lọc và tư vấn bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI) Chúng tôi sẽ thanh toán cho việc tầm soát bệnh chlamydia, lậu (gonorrhea), giang mai (syphilis), và viêm gan B. Các dịch vụ tầm soát này được bảo hiểm cho phụ nữ có thai và cho một số người nào đó có nguy cơ bị STI cao. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính phải yêu cầu thực hiện các xét nghiệm này. Chúng tôi bảo hiểm cho các xét nghiệm này một lần trong mỗi 12 tháng hoặc vào những lúc nào đó trong thai kỳ. Chúng tôi cũng sẽ trả cho tối đa hai buổi tư vấn trực tiếp về hành vi có tính chuyên sâu mỗi năm cho người lớn có sinh hoạt tình dục và nguy cơ bị STI cao. Mỗi buổi có thể kéo dài từ 20 đến 30 phút. Chúng tôi sẽ thanh toán cho các buổi tư vấn này theo dạng dịch vụ phòng ngừa chỉ khi các dịch vụ này được cung cấp bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính. Các buổi tư vấn này phải được thực hiện tại văn phòng bác sĩ chăm sóc chính.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (Skilled nursing facility, SNF) Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây, và có thể cho các dịch vụ khác không được nêu tại đây: • Một nửa phòng riêng hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế • Bữa ăn, kể cả bữa ăn đặc biệt • Dịch vụ điều dưỡng • Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, và ngữ âm trị liệu • Thuốc quý vị nhận theo kế hoạch chăm sóc, kể cả những chất có sẵn tự nhiên trong cơ thể, như yếu tố đông máu. • Máu, kể cả quản lý và lưu trữ • Vật dụng y tế và giải phẫu do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Xét nghiệm do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Chụp X-quang và các dịch vụ phóng xạ khác do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Các đồ dùng khác, như xe lăn thường do cơ sở điều dưỡng cung cấp • Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ Quý vị thường sẽ nhận dịch vụ chăm sóc tại các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở không ở trong mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc của các nơi sau đây nếu họ chấp nhận mức tiền thanh toán của chương trình chúng tôi • Nhà điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc tiếp theo mà quý vị đã sống tại đó trước khi tới bệnh viện (với điều kiện họ có cung cấp dịch vụ chăm sóc của cơ sở điều dưỡng). • Cơ sở điều dưỡng mà vợ/chồng quý vị sống tại đó vào lúc quý vị rời bệnh viện. *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng đối với các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Liệu pháp Tập thể dục được Giám sát (SET) Chương trình sẽ thanh toán SET cho các hội viên mắc bệnh động mạch ngoại vi có triệu chứng (PAD), người có giới thiệu PAD từ bác sĩ chịu trách nhiệm điều trị PAD. Chương trình sẽ trả cho: • Lên đến 36 phiên trong khoảng thời gian 12 tuần nếu tất cả các yêu cầu SET được đáp ứng • Thêm 36 phiên theo thời gian nếu được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe coi là cần thiết về mặt y tế Chương trình SET phải là: • Các phiên 30 đến 60 phút của một chương trình rèn luyện tập thể dục trị liệu cho PAD ở các hội viên bị chuột rút chân do lưu lượng máu kém (tình trạng khập khiễng) • Ở bệnh viện ngoại trú hoặc tại phòng khám bác sĩ • Thực hiện bởi nhân viên đủ trình độ đảm bảo lợi ích nhiều hơn nguy hại và được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho PAD • Dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, trợ lý bác sĩ, hoặc chuyên viên điều dưỡng/chuyên viên điều dưỡng lâm sàng được đào tạo về cả kỹ thuật hỗ trợ cuộc sống cơ bản và nâng cao *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng đối với các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Chăm sóc khẩn cấp Chăm sóc khẩn cấp là dịch vụ chăm sóc được cung cấp để điều trị: • Một trường hợp không phải là chăm sóc y tế cấp cứu nhưng cần phải điều trị ngay, **hoặc** • Một bệnh đột ngột, **hoặc** • Một tổn thương, **hoặc** • Một tình trạng cần phải được chăm sóc ngay. Nếu quý vị cần chăm sóc khẩn cấp, quý vị phải cố nhận dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới trước. Tuy nhiên, quý vị cũng có thể sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị không thể đến nhà cung cấp trong mạng lưới được. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sẽ bồi hoàn cho quý vị tối đa **$25,000** trong các dịch vụ cấp thiết nhận được ở bất kỳ nơi nào bên ngoài Hoa Kỳ mỗi năm dương lịch. Chúng tôi sẽ chỉ hoàn trả cho quý vị nếu các dịch vụ quý vị nhận được đáp ứng các tiêu chí chăm sóc khẩn cấp được liệt kê ở trên. Xem Mục Bảo hiểm Khẩn cấp và Cấp cứu Toàn cầu ở cuối bảng này để biết thêm thông tin.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Chăm sóc nhãn khoa Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • Một cuộc khám mắt thường lệ mỗi năm; **và** • Tối đa $500 cho kính mắt (gọng và mắt kính) hoặc kính áp tròng mỗi hai năm (kỳ quyền lợi). Quý vị có thể lưu bất kỳ số dư còn lại nào để sử dụng sau trong cùng kỳ quyền lợi. Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ của bác sĩ ngoại trú về chẩn đoán và điều trị các bệnh và tổn thương của mắt. Ví dụ, các dịch vụ này bao gồm cả việc khám mắt hàng năm cho những người bị bệnh màng lưới vì tiểu đường và điều trị thoái hóa hoàng điểm ở người cao niên. Với người có nguy cơ cao bị cao nhãn áp, chúng tôi sẽ trả tiền cho một lần truy tầm cao nhãn áp mỗi năm. Người có nguy cơ cao bị cao nhãn áp gồm có: • Người có tiền sử gia đình bị cao nhãn áp • Người bị tiểu đường • Người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên • Người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên Chúng tôi sẽ trả tiền cho một cặp kính mắt hoặc kính áp tròng sau mỗi cuộc giải phẫu đục thủy tinh thể khi bác sĩ gắn kính nội nhãn. (Nếu quý vị trải qua hai cuộc giải phẫu đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị phải nhận một cặp kính mắt sau mỗi cuộc giải phẫu đó. Quý vị không được nhận hai cặp kính mắt sau cuộc giải phẫu thứ hai, ngay cả khi quý vị không nhận cặp kính mắt sau cuộc giải phẫu lần thứ nhất). *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng đối với các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0 Quý vị phải thanh toán chi phí vật liệu vượt quá trợ cấp $500

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải trả bao nhiêu
	Khám Phòng bệnh "Chào mừng đến với Medicare" Chúng tôi bảo hiểm cho một lần khám phòng bệnh "Chào mừng đến với Medicare". Cuộc khám này gồm việc: • Kiểm tra lại sức khỏe của quý vị, • Giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng bệnh mà quý vị cần (kể cả tầm soát và chích ngừa), **và** • Giới thiệu đến nơi chăm sóc khác nếu quý vị cần. **Lưu ý:** Chúng tôi bảo hiểm cho cuộc thăm khám phòng bệnh "Chào mừng đến với Medicare" chỉ trong thời gian 12 tháng đầu tiên quý vị có Medicare Phần B. Khi quý vị hẹn thăm khám, quý vị hãy nói với văn phòng của bác sĩ quý vị rằng quý vị muốn lên lịch cho cuộc thăm khám "Chào mừng đến với Medicare" của quý vị.	$0

E. Các quyền lợi được bảo hiểm ngoài chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Những dịch vụ sau đây không được Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan bảo hiểm nhưng được cung cấp qua Medicare hoặc Medi-Cal.

E1. Chương trình Chuyển về Cộng đồng California (California Community Transitions, CCT)

Chương trình chuyển về cộng đồng của California (California Community Transitions - CCT) sử dụng các tổ chức đứng đầu ở địa phương để giúp cho người có bảo hiểm của chương trình Medi-Cal đủ tiêu chuẩn, đã sống tại một cơ sở nội trú được ít nhất 90 ngày, chuyển về, và tiếp tục sống an toàn tại môi trường cộng đồng. Chương trình CCT tài trợ cho các dịch vụ quay trở về trong thời gian chuyển tiếp và trong 365 ngày sau đó để giúp những người thụ hưởng trở về sống trong cộng đồng.

Quý vị có thể nhận dịch vụ điều phối trước khi chuyển về nhà của bất kỳ Tổ chức Điều hành nào thuộc CCT phục vụ trong quận quý vị ở. Quý vị có thể tìm danh sách Tổ chức Điều hành CCT và các quận họ phục vụ trên trang web của Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx.

Với các dịch vụ điều phối việc chuyển về theo CCT:

Medi-Cal sẽ trả tiền cho các dịch vụ điều phối trước khi quý vị chuyển về nhà. Quý vị không phải trả đồng nào cho các dịch vụ này.

Với các dịch vụ không liên quan đến việc chuyển về theo CCT:

Nhà cung cấp sẽ xuất hóa đơn cho Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cho các dịch vụ của quý vị. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sẽ thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp sau khi quý vị chuyển. Quý vị không phải trả đồng nào cho các dịch vụ này.

Trong thời gian quý vị nhận các dịch vụ điều phối việc chuyển về theo CCT, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sẽ thanh toán cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi tại Mục D của chương này.

Không có thay đổi nào trong quyền lợi bảo hiểm thuốc của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

Thuốc không được chương trình CCT bảo hiểm. Quý vị sẽ tiếp tục nhận quyền lợi thuốc thông thường của mình qua Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Để tìm hiểu thêm, vui lòng xem tại Chương 5 Phần F.

Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải là dịch vụ chuyển CCT, quý vị nên liên lạc với Điều phối Viên Chăm sóc Sức khỏe của quý vị để sắp xếp cho các dịch vụ này. Dịch vụ chăm sóc không phải là dịch vụ chuyển về CCT là dịch vụ chăm sóc không liên quan đến việc chuyển về từ tổ

chức/cơ sở của quý vị. Quý vị có thể liên lạc với Điều phối viên Chăm sóc bằng cách gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng – 8:00 giờ tối, 7 ngày/tuần, sau đó chọn lựa chọn Điều phối viên Chăm sóc khi quý vị trong danh sách đợi.

E2. Chương trình Nha khoa Medi-Cal

Một số dịch vụ nha khoa nhất định được cung cấp qua Chương trình Nha khoa Medi-Cal, ví dụ, dịch vụ như:

- Khám ban đầu, X-quang, làm sạch và điều trị bằng fluoride
- Phục hình và mão răng
- Điều trị ống tủy chân răng
- Hàm răng giả, điều chỉnh, sửa chữa, và đệm đế

Quyền lợi nha khoa có trong chương trình Nha khoa Medi-Cal là dịch vụ trả phí. Để tìm hiểu thêm, hoặc nếu quý vị cần trợ giúp tìm nha sĩ chấp nhận Chương trình Nha khoa Medi-Cal, xin liên lạc với đường dây Phục vụ Khách hàng số 1-800-322-6384 (người dùng TTY xin gọi 1-800-735-2922). Cuộc gọi được miễn phí. Nhân viên đại diện của Chương trình Dịch vụ Nha khoa Medi-Cal có mặt để trợ giúp quý vị từ 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị cũng có thể truy cập trang web dental.dhcs.ca.gov/ để biết thêm thông tin.

Ngoài các dịch vụ trả tiền của Chương trình Nha khoa Medi-Cal, quý vị còn có thể có được các quyền lợi nha khoa qua một chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý. Các chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý được cung cấp tại Quận Los Angeles. Nếu quý vị muốn tìm hiểu thêm về các chương trình nha khoa, cần trợ giúp xác định chương trình nha khoa cho quý vị, hoặc muốn thay đổi chương trình nha khoa, xin liên lạc với Health Care Options theo số 1-800-430-4263 (người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 6:00 chiều. Cuộc gọi được miễn phí.

E3. Chăm sóc giai đoạn cuối đời

Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc của bất kỳ chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Quý vị có quyền chọn sử dụng dịch vụ chăm sóc cuối đời nếu nhà cung cấp dịch vụ và giám đốc y khoa chăm sóc cuối đời (hospice medical director) của quý vị xác định rằng quý vị có tiên lượng tử vong. Điều đó có nghĩa là quý vị đang bị bệnh cuối đời và dự kiến sẽ không sống được quá sáu tháng. Bác sĩ chăm sóc giai đoạn cuối đời của quý vị có thể là một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới.

Xem Bảng Quyền lợi tại Mục D của chương này để tìm hiểu thêm về những gì được Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan thanh toán khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời.

Với các dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời và dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B bảo hiểm liên quan đến tiên lượng tử vong của quý vị:

- Nhà cung cấp chăm sóc giai đoạn cuối đời sẽ gửi hóa đơn cho Medicare về các dịch vụ của quý vị. Medicare sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời liên quan đến tiên lượng tử vong của quý vị. Quý vị không phải trả đồng nào cho các dịch vụ này.

Với các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B bảo hiểm không liên quan đến tiên lượng tử vong của quý vị (trừ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết):

- Nhà cung cấp sẽ ghi hóa đơn các dịch vụ của quý vị cho Medicare. Medicare sẽ thanh toán cho các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B bảo hiểm. Quý vị không phải trả đồng nào cho các dịch vụ này.

Với các thuốc có thể sẽ được bảo hiểm theo quyền lợi Medicare Phần D của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

- Thuốc sẽ không bao giờ được cả cơ sở chăm sóc giai đoạn cuối đời và chương trình bảo hiểm đồng thời. Để tìm hiểu thêm, vui lòng xem tại Chương 5 Phần F.

Lưu ý: Nếu quý vị cần chăm sóc không phải là chăm sóc giai đoạn cuối đời, quý vị nên liên lạc với Điều phối Viên Chăm sóc của quý vị để sắp xếp cho các dịch vụ này. Chăm sóc không phải cuối đời là chăm sóc không liên quan đến căn bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Quý vị có thể liên lạc với Điều phối viên Chăm sóc bằng cách gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng – 8:00 giờ tối, 7 ngày/tuần, sau đó chọn lựa chọn Điều phối viên Chăm sóc khi quý vị trong danh sách đợi.

F. Các quyền lợi được bảo trả bởi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, Medicare, hoặc Medi-Cal

Mục này sẽ cho quý vị biết những loại quyền lợi nào được chương trình loại trừ. Loại trừ có nghĩa là chúng tôi không thanh toán cho các quyền lợi đó. Medicare và Medi-Cal cũng sẽ không trả tiền cho các dịch vụ đó.

Danh sách sau đây sẽ cho biết một số các dịch vụ và khoản mục không được chúng tôi bảo hiểm với bất cứ điều kiện nào và một số dịch vụ chỉ được chúng tôi loại trừ trong một số trường hợp mà thôi.

Chúng tôi sẽ không trả tiền cho những quyền lợi y tế không được bảo hiểm có liệt kê trong mục này (hoặc bất cứ nơi nào khác trong *Sổ tay Hội viên này*), trừ những trường hợp cụ thể đã liệt kê. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi phải thanh toán cho một dịch vụ mà không được bảo hiểm, quý có quyền nộp đơn kháng cáo. Để tìm hiểu về việc nộp đơn kháng cáo, xin xem tại Chương 9 Các mục D, E, F và G.

Ngoài bất kỳ trường hợp loại trừ hoặc hạn chế nào nêu trong Bảng Quyền lợi, các khoản mục và dịch vụ sau đây cũng không được chương trình chúng tôi bảo hiểm:

- Các dịch vụ được xem là không "hợp lý và cần thiết về mặt y tế", theo tiêu chuẩn của Medicare và Medi-Cal, trừ khi những dịch vụ này được chương trình chúng tôi liệt kê là dịch vụ được bảo hiểm.
- Các thuốc đang thử nghiệm và các hoạt động điều trị phẫu thuật, vật dụng và thuốc, trừ khi được bảo hiểm bởi Medicare hoặc theo chương trình nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận hoặc bởi chương trình của chúng tôi. Xem Chương 3 trang 53 để tìm hiểu thêm về nghiên cứu khảo sát lâm sàng. Việc điều trị và khoản mục thử nghiệm là những thứ thường không được cộng đồng y tế chấp nhận.
- Việc điều trị phẫu thuật cho bệnh béo phì, trừ khi nó cần thiết về mặt y tế và được Medicare thanh toán.
- Phòng riêng trong bệnh viện, trừ khi là cần thiết về mặt y tế.
- Y tá phụ trách riêng.
- Các đồ dùng cá nhân trong phòng tại bệnh viện của quý vị hay cơ sở điều dưỡng, như điện thoại hoặc tivi.
- Chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà.
- Các phí phải trả cho người có họ hàng trực tiếp hoặc người trong nhà của quý vị.
- Các thủ thuật hoặc dịch vụ tăng cường không bắt buộc hoặc tự nguyện (bao gồm giảm cân, nuôi tóc, hoạt động tình dục, hoạt động thể thao, các mục đích về mỹ phẩm, chống lão hóa, và hoạt động tinh thần), trừ khi cần thiết về mặt y tế.
- Phẫu thuật thẩm mỹ hoặc công việc thẩm mỹ khác, trừ khi là cần thiết vì là tổn thương do tai nạn hoặc để tái tạo cho một bộ phận cơ thể bị biến dạng. Tuy nhiên, chúng tôi sẽ không trả tiền cho việc tái tạo vú sau khi cắt bỏ vú hoặc điều trị vú kia cho cân đối với nó.
- Chăm sóc bằng phương pháp nắn xương khớp, ngoài việc nắn cột sống bằng tay theo hướng dẫn bảo hiểm.
- Chăm sóc chân thường lệ, trừ những loại được mô tả trong các dịch vụ về bệnh chân trong Bảng Quyền lợi tại Mục D.
- Giày chỉnh hình, trừ khi giày là một bộ phận của nẹp chân và được bao gồm trong chi phí của nẹp, hoặc giày là để dùng cho người bị bệnh chân do bệnh tiểu đường.

- Các dụng cụ hỗ trợ cho chân, trừ giày chỉnh hình hoặc giày điều trị cho người bị bệnh chân do tiểu đường.
- Thủ thuật rạch giác mạc hình nan hoa, phẫu thuật LASIK và các dụng cụ hỗ trợ thị lực kém.
- Thủ thuật phục hồi cho người đã triệt sản và vật dụng ngừa thai không cần toa.
- Dịch vụ liệu pháp tự nhiên (sử dụng phương pháp điều trị tự nhiên hoặc biện pháp điều trị thay thế).
- Các dịch vụ cung cấp cho cựu quân nhân tại các cơ sở của Bộ Cựu Quân nhân Hoa Kỳ (Veterans Affairs - VA). Tuy nhiên, khi một cựu quân nhân nhận dịch vụ cấp cứu tại một bệnh viện của VA và phần phụ trả chi phí cao hơn phần phụ trả chi phí trong chương trình chúng tôi, chúng tôi sẽ trả lại cho cựu quân nhân này khoản chênh lệch. Quý vị vẫn phải chịu trách nhiệm trả các khoản chi phí của quý vị.

Chương 5: Nhận thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú thông qua chương trình

Giới thiệu

Chương này giải thích các quy định để có thể nhận được thuốc theo toa cho bệnh nhân ngoại trú. Đây là các thuốc mà nhà cung cấp dịch vụ của quý vị yêu cầu cung cấp cho quý vị mà quý vị mua từ nhà thuốc hoặc đặt mua qua bưu điện. Các thuốc đó cũng bao gồm những thuốc được Medicare Phần D và Medi-Cal bảo hiểm. Chương 6 sẽ cho quý vị biết quý vị phải trả như thế nào cho các loại thuốc này. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên.*

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cũng bảo hiểm cho các thuốc sau đây, dù chúng sẽ không được đề cập trong chương này:

- Các thuốc được bảo hiểm theo Medicare Phần A. Các thuốc này bao gồm cả một số thuốc được cho quý vị dùng khi quý vị nằm viện hoặc ở trong cơ sở điều dưỡng.
- Các thuốc được bảo hiểm theo Medicare Phần B. Các thuốc này bao gồm cả một số thuốc hóa trị, một số thuốc tiêm mà quý vị được cho dùng khi thăm khám tại văn phòng của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác, và thuốc quý vị được cho dùng tại bệnh viện chạy thận. Để tìm hiểu thêm về việc thuốc Medicare Phần B nào được đài thọ, xin xem Bảng Quyền lợi trong Chương 4 Phần D.

Quy định về việc bảo hiểm cho thuốc ngoại trú của chương trình

Chúng tôi thường sẽ bảo hiểm cho các thuốc của quý vị với điều kiện là quý vị phải tuân thủ các quy định trong mục này.

Quý vị phải yêu cầu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác kê toa cho quý vị. Người này thường là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) của quý vị. Cũng có thể là một nhà cung cấp khác nếu nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị đã giới thiệu quý vị đến chăm sóc.

Nói chung quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc của chương trình.

Thuốc mà quý vị được kê toa phải nằm trong *Danh mục Thuốc được Bao trả* của chương trình. Chúng tôi thường gọi tắt là "Danh mục Thuốc".

- Nếu thuốc đó không nằm trong Danh sách Thuốc, chúng tôi có thể sẽ bảo hiểm nó bằng cách cho quý vị hưởng ngoại lệ.
- Xem Chương 9 để tìm hiểu về việc xin hưởng ngoại lệ.

Thuốc của quý vị phải được dùng cho các chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Điều này có nghĩa là việc sử dụng thuốc phải được phê duyệt bởi Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (Food and Drug Administration) hoặc được hỗ trợ bởi các tài liệu tham khảo y tế nhất định. Thuốc được dùng để điều trị những bệnh trạng không được sự ủng hộ của FDA hoặc các tài liệu tham chiếu được gọi là chỉ định "không chính thức" ("off-label"). Thuốc được sử dụng cho chỉ định "không chính thức" không phải là chỉ định được chấp nhận về y tế nên không phải là phúc lợi được bao trả trừ khi:

- Việc sử dụng "không chính thức" này được trích dẫn trong một trong các sách tham khảo được CMS phê duyệt.
- Những thuốc đó được trích dẫn trong hai (2) bài viết của một tạp chí y học có bình duyệt chuyên ngành nếu thông tin ủng hộ cho việc hoặc những việc sử dụng không chính thức được đề nghị nói chung là an toàn và hiệu quả (quy định này chỉ áp dụng cho các thuốc mà Medi-Cal yêu cầu mà thôi).

Mục lục

A. Mua thuốc theo toa của quý vị 122

A1. Mua thuốc toa của quý vị tại nhà thuốc trong mạng lưới 122

A2. Sử dụng Thẻ ID Hội viên khi quý vị mua thuốc toa 122

A3. Nếu quý vị muốn chuyển sang dùng một nhà thuốc khác trong mạng lưới thì phải làm gì? 122

A4. Cần phải làm gì nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới 123

A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên khoa 123

A6. Sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện để mua thuốc được không 123

A7. Mua một lượng cấp của thuốc để sử dụng lâu dài 126

A8. Sử dụng nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình 126

A9. Thanh toán lại cho quý vị khi quý vị đã trả tiền để mua một đơn thuốc 127

B. Danh mục Thuốc của chương trình 127

B1. Thuốc trong Danh sách Thuốc 127

B2. Làm sao để tìm một loại thuốc ở trong Danh sách Thuốc 127

B3. Thuốc đó có thể không nằm trong Danh mục Thuốc 128

B4. Bậc chia sẻ chi phí của Danh sách thuốc 129

C. Giới hạn về một số thuốc 129

D. Lý do thuốc của quý vị có thể sẽ không được bảo hiểm 130

D1. Nhận một lượng tạm thời 131

E. Thay đổi về bảo hiểm thuốc của quý vị 133

F. Bảo hiểm thuốc trong những trường hợp đặc biệt 135

F1. Nếu quý vị đang nằm bệnh viện hoặc ở trong cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình của chúng tôi bao trả 135

F2. Nếu quý vị ở trong một cơ sở chăm sóc lâu dài 135

F3. Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời 135

G. Các chương trình về an toàn thuốc và kiểm soát thuốc 136

G1. Các chương trình giúp hội viên sử dụng thuốc an toàn 136

G2. Các chương trình giúp hội viên quản lý thuốc của mình 136

G3. Chương trình quản lý thuốc để giúp các hội viên sử dụng thuốc opioid an toàn 137

A. Mua thuốc theo toa của quý vị

A1. Mua thuốc toa của quý vị tại nhà thuốc trong mạng lưới

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ **chỉ** thanh toán cho thuốc theo toa nếu chúng được mua tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi. Nhà thuốc trong mạng lưới là hiệu thuốc đã đồng ý cung cấp thuốc toa cho hội viên chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể mua tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi.

Để tìm nhà thuốc trong mạng lưới, quý vị có thể xem *Danh bạ Nhà cung cấp và Nhà thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi, hoặc liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc Điều phối viên Chăm sóc của quý vị.

A2. Sử dụng Thẻ ID Hội viên khi quý vị mua thuốc toa

Để mua thuốc, quý vị phải **xuất trình Thẻ ID Hội viên của quý vị** cho nhà thuốc trong mạng của quý vị xem. Nhà thuốc trong mạng lưới này sẽ gửi hóa đơn cho chúng tôi phần chia sẻ chi phí mà chúng tôi phải chịu trong chi phí thuốc theo toa được bảo hiểm của quý vị. Quý vị có thể phải trả cho nhà thuốc tiền đồng trả khi quý vị nhận thuốc theo toa của quý vị.

Nếu quý vị không mang theo thẻ hội viên khi mua thuốc, hãy nhờ nhà thuốc đó gọi điện cho chúng tôi để được biết các thông tin cần thiết.

Nếu nhà thuốc đó không tìm được thông tin cần thiết, quý vị có thể sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí của thuốc toa đó khi quý vị mua. Sau đó quý vị có thể xin chúng tôi thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí mà chúng tôi phải chịu. Nếu quý vị không thể thanh toán cho thuốc đó, vui lòng liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng ngay. Chúng tôi sẽ cố gắng hết sức để giúp cho quý vị.

- Để tìm hiểu về cách yêu cầu chúng tôi hoàn tiền lại cho quý vị, xem Chương 7 Mục A và B.
- Nếu quý vị cần giúp mua thuốc theo toa, quý vị có thể liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc Điều phối viên Chăm sóc của quý vị.

A3. Nếu quý vị muốn chuyển sang dùng một nhà thuốc khác trong mạng lưới thì phải làm gì?

Nếu quý vị đổi nhà thuốc và cần mua tiếp thuốc theo toa, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp kê toa mới hoặc yêu cầu nhà thuốc của quý vị chuyển đơn thuốc sang nhà thuốc mới nếu còn thuốc để mua tiếp.

Nếu quý vị cần giúp đổi nhà thuốc trong mạng lưới, quý vị có thể liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc Điều phối viên Chăm sóc của quý vị.

A4. Cần phải làm gì nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới

Nếu nhà thuốc quý vị đang dùng rời khỏi mạng lưới của chương trình, quý vị sẽ phải tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới.

Để tìm nhà thuốc mới trong mạng lưới, quý vị có thể xem *Danh bạ Nhà cung cấp và Nhà thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi, hoặc bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc Điều phối viên Chăm sóc của quý vị.

A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên khoa

Đôi khi đơn thuốc phải được mua ở một nhà thuốc chuyên khoa. Các hiệu thuốc đặc hiệu bao gồm:

- Nhà thuốc cung cấp các loại thuốc để truyền tại nhà.
- Nhà thuốc cung cấp các loại thuốc cho người cư trú tại cơ sở chăm sóc lâu dài, như nhà điều dưỡng chẳng hạn.
    - Thường các cơ sở chăm sóc lâu dài có sẵn nhà thuốc riêng của họ. Nếu quý vị là người cư trú tại một cơ sở chăm sóc lâu dài, chúng tôi phải bảo đảm quý vị có thể nhận thuốc quý vị cần tại nhà thuốc của cơ sở đó.
    - Nếu nhà thuốc của cơ sở chăm sóc lâu dài của quý vị không nằm trong mạng lưới của chúng tôi, hoặc nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn gì trong việc tiếp cận quyền lợi thuốc của quý vị trong một cơ sở chăm sóc lâu dài, xin liên lạc với bộ phận Chăm sóc Khách hàng.
- Nhà thuốc phục vụ cho Dịch vụ Y tế của Người Mỹ Bản địa/Chương trình Sức khỏe của Người Mỹ Bản địa/Bộ lạc/Đô thị. Trừ trường hợp cấp cứu, chỉ có Người Mỹ Bản địa hoặc Alaska Bản địa mới được sử dụng các nhà thuốc này.
- Nhà thuốc cung cấp các loại thuốc cần xử lý và hướng dẫn đặc biệt về cách sử dụng chúng.

Để tìm nhà thuốc chuyên khoa, quý vị có thể xem *Danh bạ Nhà cung cấp và Nhà thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi, hoặc bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc Điều phối viên Chăm sóc của quý vị.

A6. Sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện để mua thuốc được không

Với một số loại thuốc nào đó, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện của mạng lưới trong chương trình chúng tôi. Thông thường, thuốc được cung cấp bởi đặt hàng qua bưu điện là các loại thuốc mà quý vị phải uống đều đặn dùng cho căn bệnh mãn tính hoặc phải điều trị lâu dài. Các loại thuốc được cung cấp qua dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình chúng tôi sẽ được đánh dấu là thuốc đặt hàng qua bưu điện trong Danh Sách Thuốc.

Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình cho phép quý vị đặt hàng cung cấp lên đến 100 ngày đối với thuốc ở Bậc 1 và 90 ngày đối với thuốc ở Bậc 2-3. Lượng thuốc cấp cho 90 và 100 ngày có tiền đồng trả bằng với lượng thuốc của một tháng.

Mua thuốc qua bưu điện

Để tìm hiểu về việc mua thuốc kê toa qua bưu điện,
Đọc hướng dẫn bên dưới, truy cập CVS Caremark Mail Order Services trực tuyến tại địa chỉ www.caremark.com hoặc gọi số 1-866-346-7200 (TTY: 711), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Quý vị cũng có thể gọi bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số điện tại ở cuối trang này.

Để mua thuốc qua bưu điện:

- Đăng ký với CVS Caremark Mail Order Services trực tuyến tại www.caremark.com hoặc qua điện thoại theo số 1-866-346-7200 (TTY: 711), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần.

- Sau khi đăng ký, CVS Caremark Mail Order Services sẽ cần đơn thuốc của quý vị. Quý vị có thể gửi đơn thuốc của mình đến CVS Caremark theo những cách sau:
    - Phương thức điện tử – Yêu cầu bác sĩ của quý vị gửi đơn thuốc điện tử cho lượng thuốc dùng cho 90 hoặc 100 ngày cho CVS Caremark. Đây còn được gọi là “kê đơn điện tử”, và là cách đơn giản nhất để gửi đơn thuốc.
    - Điện thoại hoặc Fax – Yêu cầu bác sĩ gửi đơn thuốc cho lượng thuốc dùng cho 90 ngày đến CVS Caremark bằng cách gọi 1-800-378-5697 hoặc bằng cách fax đơn thuốc đến số 1-800-378-0323.
    - Qua bưu điện – Quý vị có thể gửi đơn thuốc bác sĩ cung cấp cho quý vị bằng cách hoàn thành mẫu đặt mua thuốc qua dịch vụ bưu điện, đồng thanh toán dịch vụ qua bưu điện và gửi đến:

      CVS Caremark
      P.O. Box 659541
      San Antonio, TX 78265-9541

- Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Chúng tôi hân hạnh được trợ giúp quý vị sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện của chúng tôi, và gửi cho quý vị các mẫu đơn đặt mua nếu quý vị cần.

Thông thường, thuốc theo toa đặt mua qua bưu điện sẽ đến tay quý vị trong vòng 10 - 14 ngày. Tuy nhiên, đôi khi yêu cầu đặt mua qua bưu điện của quý vị cũng bị chậm trễ. Nếu bị chậm, xin gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng để được trợ giúp.

Quy trình đặt mua qua đường bưu điện

Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện có các quy trình khác nhau đối với các toa thuốc mới được nhận từ quý vị, các toa thuốc mới họ nhận được trực tiếp từ văn phòng nhà cung cấp của quý vị và lấy thuốc tiếp theo toa thuốc đặt hàng qua bưu điện:

1. Toa thuốc mới mà nhà thuốc lấy từ quý vị

Nhà thuốc sẽ tự động cung cấp thuốc toa mới mà họ nhận được từ quý vị.

2. Toa thuốc mới mà nhà thuốc lấy trực tiếp từ văn phòng nhà cung cấp dịch vụ của quý vị

Sau khi nhà thuốc nhận được toa thuốc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, họ sẽ liên hệ với quý vị để xem quý vị có cần phải được cấp thuốc ngay lập tức hay không hay có thể cấp vào thời gian sau đó.

- Việc này sẽ cho phép quý vị có cơ hội được bảo đảm nhà thuốc sẽ cung cấp đúng loại thuốc (kể cả hàm lượng, số lượng và dạng thuốc) và, nếu cần, sẽ cho phép quý vị được ngưng hoặc hoãn lại yêu cầu đặt mua đó trước khi xuất hóa đơn và chuyển thuốc cho quý vị.
- Điều quan trọng là quý vị phải trả lời mỗi lần được nhà thuốc liên hệ, để cho họ được biết phải làm gì với toa thuốc mới đó và để ngăn ngừa bất cứ mọi tình trạng chậm trễ nào trong vận chuyển.

3. Mua tiếp thuốc theo toa đặt mua qua bưu điện

Về việc mua tiếp thuốc của quý vị, quý vị có thể đăng ký tham gia chương trình tự động cung cấp tiếp có tên “Tự động Mua tiếp.” Theo chương trình này, chúng tôi sẽ bắt đầu tự động tiếp tục cung cấp thuốc cho quý vị khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị sắp hết thuốc.

- Nhà thuốc sẽ liên lạc với quý vị trước mỗi lần họ sắp gởi số thuốc mua tiếp để xem quý vị có cần thêm thuốc hay không, quý vị có thể hủy lần mua định kỳ nếu quý vị còn đủ thuốc hoặc nếu quý vị đã đổi thuốc.
- Nếu quý vị quyết định không sử dụng chương trình tự động mua tiếp của chúng tôi, xin liên hệ với nhà thuốc của quý vị 14 ngày trước khi quý vị cho rằng mình sẽ hết thuốc để bảo đảm số thuốc mua lần tới sẽ được chuyển đến cho quý vị kịp thời.

Để ngưng tham gia chương trình tự động cung cấp tiếp qua bưu điện của chúng tôi, vui lòng liên lạc bằng cách gọi CVS Caremark Mail Order Services theo số 1-866-346-7200 (TTY: 711), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần.

Để nhà thuốc có thể liên lạc hầu xác nhận yêu cầu đặt mua thuốc của quý vị trước khi gởi thuốc, xin bảo đảm rằng nhà thuốc biết phương thức tốt nhất để liên lạc với quý vị. Vui lòng

bảo đảm thông tin liên hệ của quý vị luôn được cập nhật với Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Nếu quý vị cần cập nhật số điện thoại hoặc địa chỉ của quý vị, xin liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (số điện thoại có in ở phần cuối của trang này).

A7. Mua một lượng cấp của thuốc để sử dụng lâu dài

Quý vị có thể nhận một lượng thuốc duy trì để sử dụng lâu dài có tên trong Danh mục Thuốc của chúng tôi. Thuốc điều trị duy trì là thuốc mà quý vị sử dụng thường xuyên, cho một tình trạng bệnh lý mãn tính hoặc lâu dài.

Một số hiệu thuốc trong mạng lưới cho phép quý vị nhận cung cấp thuốc dài kỳ đối với các loại thuốc điều trị duy trì. Lượng cấp dùng trong 100 ngày đổi với thuốc Bậc 1 và 90 ngày đối với thuốc Bậc 2-3 có cùng tiền đồng trả với lượng thuốc của một tháng. *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* sẽ cho quý vị biết nhà thuốc nào có thể cung cấp dài kỳ cho quý vị các thuốc điều trị duy trì. Quý vị cũng có thể gọi bộ phận Chăm sóc Khách hàng để tìm hiểu thêm.

Với một số loại thuốc nào đó, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt mua qua bưu điện của mạng lưới chương trình chúng tôi để mua một lượng cấp của thuốc duy trì để sử dụng lâu dài. Xem mục trên để tìm hiểu về dịch vụ đặt mua thuốc qua bưu điện.

A8. Sử dụng nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình

Thông thường, chúng tôi sẽ thanh toán cho các loại thuốc được lấy tại một hiệu thuốc ngoài mạng lưới chỉ khi nào quý vị không thể sử dụng được hiệu thuốc trong mạng lưới. Chúng tôi có các nhà thuốc trong mạng lưới ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi để quý vị được mua thuốc theo toa với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi.

Chúng tôi sẽ thanh toán cho thuốc kê toa được lấy tại một hiệu thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp sau:

- Trong các tình huống cấp cứu
- Khi quý vị ra ngoài khu vực cung cấp dịch vụ trong tối đa sáu (6) tháng

Chúng tôi đề nghị quý vị mua tiếp tất cả các thuốc toa của quý vị trước khi đi ra khỏi khu vực cung cấp dịch vụ để quý vị có lượng cấp đủ dùng. Nếu quý vị cần trợ giúp để được mua một lượng cấp đủ dùng trước khi đi, vui lòng liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Trong những trường hợp này, xin hỏi bộ phận Chăm sóc Khách hàng trước để biết có nhà thuốc trong mạng lưới nào ở gần không.

A9. Thanh toán lại cho quý vị khi quý vị đã trả tiền để mua một đơn thuốc

Nếu quý vị mua thuốc ngoài mạng lưới, nói chung quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí thay vì chỉ trả tiền đồng trả khi quý vị mua thuốc theo toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị phần chi phí mà chúng tôi phải trả.

Để tìm hiểu thêm về việc này, vui lòng xem tại Chương 7 Mục A.

B. Danh mục Thuốc của chương trình

Chúng tôi có *Danh mục Thuốc được Bao trả*. Chúng tôi thường gọi tắt là "Danh mục Thuốc".

Thuốc trong Danh mục Thuốc được chúng tôi chọn với sự trợ giúp của một nhóm bác sĩ và dược sĩ. Danh mục Thuốc cũng cho quý vị biết có quy định nào mà quý vị cần phải tuân thủ để được mua thuốc hay không.

Nói chung, chúng tôi bảo hiểm cho thuốc nằm trong Danh sách Thuốc của chương trình chúng tôi với điều kiện là quý vị phải tuân thủ các quy định nêu trong chương này.

B1. Thuốc trong Danh sách Thuốc

Danh sách (OTC) Thuốc có các thuốc được bảo hiểm theo Medicare Phần D, một số thuốc theo toa, thuốc mua không cần toa (OTC) và các sản phẩm được bảo hiểm theo quyền lợi Meidi-Cal của quý vị.

Danh sách Thuốc có cả thuốc thương hiệu ví dụ: Januvia và thuốc gốc, ví dụ: Metformin. Thuốc gốc có cùng thành phần hoạt chất như thuốc thương hiệu. Nói chung, chúng cũng có hiệu quả tương đương thuốc thương hiệu nhưng thường là rẻ hơn.

Chương trình của chúng tôi cũng bảo hiểm cho các thuốc và sản phẩm OTC. Một số thuốc OTC rẻ hơn thuốc theo toa và có tác dụng tốt tương tự. Để biết thêm thông tin, gọi bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

B2. Làm sao để tìm một loại thuốc ở trong Danh sách Thuốc

Để tìm xem một loại thuốc quý vị đang sử dụng có nằm trong Danh mục Thuốc hay không, quý vị có thể:

- Kiểm tra Danh sách Thuốc gần đây nhất mà chúng tôi đã gửi vào hộp thư cho quý vị.
- Xem trên trang mạng của chương trình tại www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. Danh mục Thuốc trên trang mạng luôn là danh mục mới nhất.
- Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng xem một loại thuốc có nằm trong Danh sách Thuốc của chương trình hay không hoặc hỏi xin một bản sao của danh sách.

B3. Thuốc đó có thể không nằm trong Danh mục Thuốc

Chúng tôi không bảo hiểm cho tất cả mọi loại thuốc toa. Một số loại thuốc không có tên trong Danh mục Thuốc bởi vì luật không cho phép chúng tôi bảo hiểm cho những loại thuốc đó. Cũng có những trường hợp, chúng tôi đã quyết định không đưa một loại thuốc vào Danh mục Thuốc.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sẽ không trả tiền cho các thuốc được liệt kê trong mục này. Các thuốc này được gọi là **thuốc loại trừ.** Nếu quý vị mua thuốc toa thuộc loại thuốc loại trừ, quý vị phải tự thanh toán cho thuốc đó. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi phải trả cho một loại thuốc loại trừ vì trường hợp của quý vị, quý có quyền nộp đơn kháng cáo. (Để tìm hiểu thêm về cách kháng cáo, xin xem tại Chương 9 Phần F.)

Sau đây là ba quy định chung về thuốc loại trừ:

1. Bảo hiểm thuốc ngoại trú của chương trình (bao gồm thuốc theo Phần D hoặc thuốc Medi-Cal) không thể chi trả cho thuốc đã được Medicare Phần A hoặc Phần B bảo hiểm. Thuốc được bảo hiểm theo Medicare Phần A hoặc Phần B được chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan bảo hiểm miễn phí, nhưng những thuốc này không được coi là một phần các quyền lợi thuốc kê toa ngoại trú của quý vị.

2. Chương trình chúng tôi không thể bảo hiểm cho thuốc được mua ngoài Hoa Kỳ và lãnh thổ trực thuộc.

3. Việc sử dụng thuốc đó phải được Cơ quan Thực phẩm và Dược phẩm (Food and Drug Administration , FDA) chấp thuận hoặc được một số tài liệu dẫn chiếu y tế ủng hộ cho việc dùng để điều trị cho bệnh trạng của quý vị. Bác sĩ của quý vị có thể sẽ chỉ định một loại thuốc nào đó để điều trị bệnh trạng của quý vị, ngay cả khi nó chưa được chấp thuận cho điều trị bệnh trạng đó. Đây gọi là việc sử dụng không chính thức. Chương trình của chúng tôi thường không bảo hiểm các loại thuốc khi được kê toa để sử dụng thuốc ngoài hướng dẫn.

Ngoài ra, theo luật, các loại thuốc liệt kê sau đây cũng không được Medicare hoặc Medi-Cal bảo hiểm.

- Thuốc được dùng để hỗ trợ khả năng sinh sản
- Thuốc được dùng cho mục đích thẩm mỹ hoặc để kích thích mọc tóc
- Thuốc được dùng để điều trị chứng rối loạn sinh sản hay rối loạn cường dương, như Viagra®, Cialis®, Levitra®, và Caverject®
- Các thuốc ngoại trú mà công ty sản xuất thuốc nói rằng quý vị phải được thử nghiệm hoặc sử dụng dịch vụ do chính họ thực hiện và cung cấp mà thôi

B4. Bậc chia sẻ chi phí của Danh sách thuốc

Mỗi loại thuốc nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi đều thuộc một trong bốn (4) bậc chia sẻ chi phí. Một bậc là một nhóm thuốc thường có cùng loại thuốc (ví dụ, thuốc chính hiệu, thuốc gốc, hoặc thuốc không cần toa (OTC)). Nói chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao, thì chi phí thuốc của quý vị càng cao.

- Bậc Chia sẻ Chi phí 1 (bậc thấp nhất của chúng tôi) bao gồm thuốc gốc ưu tiên.
- Chia sẻ Chi phí Bậc 2 bao gồm thuốc gốc.
- Bậc Chia sẻ Chi phí 3 (bậc thấp nhất của chúng tôi) bao gồm các Thuốc chính hiệu
- Bậc Chia sẻ Chi phí 4 gồm có các thuốc ngoài Medicare và thuốc mua không cần toa (OTC).

Để biết thuốc của quý vị nằm trong bậc chia sẻ chi phí nào, xin tìm thuốc đó trong Danh mục Thuốc của chúng tôi.

Chương 6 các Mục C, D, và E cho biết số tiền quý vị phải trả cho thuốc trong mỗi bậc chia sẻ chi phí.

C. Giới hạn về một số thuốc

Với một số thuốc theo toa nào đó, có những quy định đặc biệt chỉ định chương trình phải bảo hiểm các thuốc đó ra sao và vào lúc nào. Nói chung, các quy định của chúng tôi khuyến khích quý vị mua một loại thuốc có hiệu quả cho bệnh trạng của quý vị, an toàn và hiệu quả. Khi một loại thuốc có chi phí thấp hơn, an toàn và hiệu quả cũng tương tự như loại thuốc chi phí cao, thì chúng tôi yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ kê đơn loại thuốc có chi phí thấp.

Nếu có một quy định đặc biệt cho thuốc của quý vị, thì thường nó sẽ có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị phải thực hiện thêm một số bước để chúng tôi bảo hiểm thuốc đó cho quý vị. Ví dụ, nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có thể sẽ phải cho chúng tôi biết trước kết quả chẩn đoán của quý vị hoặc kết quả của các xét nghiệm máu. Nếu quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị cho rằng không nên áp dụng quy định của chúng tôi cho tình huống của quý vị, quý vị nên yêu cầu chúng tôi cho quý vị được hưởng ngoại lệ. Chúng tôi có thể hoặc có thể không đồng ý cho quý vị sử dụng loại thuốc đó mà không tiến hành thêm các bước đã nói.

Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu xin ngoại lệ, xem Chương 9 F2.

1. Hạn chế sử dụng thuốc thương hiệu khi đã có một phiên bản thuốc gốc

Nói chung, thuốc gốc cũng có hiệu quả tương đương thuốc thương hiệu nhưng thường là rẻ hơn. Trong hầu hết các trường hợp, nếu có phiên bản thuốc gốc của một thuốc thương

hiệu, các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị phiên bản thuốc gốc đó.

- Thường chúng tôi sẽ không thanh toán cho thuốc thương hiệu nếu có một phiên bản thuốc gốc.
- Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp dịch vụ của quý vị cho chúng tôi biết lý do về mặt y tế là thuốc gốc đó và cả những thuốc được đài thọ khác điều trị cùng loại bệnh đó đều sẽ không có hiệu quả cho quý vị, thì chúng tôi sẽ đài thọ cho thuốc thương hiệu đó.
- Tiền đồng trả cho loại thuốc thương hiệu có thể sẽ cao hơn so với loại thuốc gốc đó.

2. Xin chương trình chấp thuận trước

Với một số loại thuốc, quý vị hoặc bác sĩ của quý vị phải xin Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan chấp thuận trước khi mua thuốc toa của quý vị. Nếu quý vị không được chấp thuận, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan có thể sẽ không bảo hiểm cho thuốc đó.

3. Thử dùng một loại thuốc khác trước đã

Nói chung, chúng tôi muốn quý vị thử dùng các loại thuốc có chi phí thấp (thường là có hiệu quả tương đương) trước đã, nếu không được thì chúng tôi mới bảo hiểm cho loại thuốc có chi phí cao hơn. Ví dụ, nếu Thuốc A và Thuốc B đều điều trị cùng một loại bệnh trạng, mà Thuốc A rẻ hơn Thuốc B, thì chúng tôi có thể sẽ yêu cầu quý vị thử dùng Thuốc A trước.

Nếu Thuốc A không có hiệu quả cho quý vị, chúng tôi sẽ bảo hiểm cho Thuốc B. Đây được gọi là điều trị từng bước.

4. Giới hạn số lượng

Với một số loại thuốc, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc mà quý vị có thể mua. Điều này được gọi là số lượng giới hạn. Ví dụ, chúng tôi có thể giới hạn quý vị có thể được mua bao nhiêu thuốc trong mỗi lần quý vị mua.

Để tìm xem có quy định nào trong các quy định trên áp dụng cho một loại thuốc mà quý vị dùng hoặc muốn dùng, xem Danh sách Thuốc. Để được biết thông tin mới nhất, xin gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc xem trên trang mạng của chúng tôi www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

D. Lý do thuốc của quý vị có thể sẽ không được bảo hiểm

Chúng tôi cố gắng sao cho bảo hiểm thuốc của quý vị giúp ích cho quý vị được nhiều nhất, nhưng đôi khi một loại thuốc nào đó có thể sẽ không được bảo hiểm theo cách quý vị muốn. Ví dụ:

- Thuốc mà quý vị muốn dùng không được chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Thuốc đó có thể không nằm trong Danh mục Thuốc của chúng tôi. Một phiên bản gốc của thuốc đó có thể sẽ được bảo hiểm, nhưng phiên bản thuốc chính hiệu mà quý vị muốn sử dụng thì không. Thuốc đó có thể là loại mới chưa được chúng tôi xem xét xem có an toàn và hiệu quả hay không.
- Thuốc được bảo hiểm, nhưng có quy định đặc biệt hoặc giới hạn bảo hiểm cho thuốc đó. Như đã nói ở mục trên, một số các loại thuốc được chương trình của chúng tôi bảo hiểm có những quy định giới hạn việc sử dụng của chúng. Trong một số trường hợp, quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể sẽ muốn yêu cầu chúng tôi cho hưởng ngoại lệ của quy định.

Có những việc quý vị có thể làm khi thuốc của quý vị không được bảo hiểm theo cách quý vị muốn.

D1. Nhận một lượng tạm thời

Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cho quý vị mua tạm một lượng thuốc khi thuốc đó không nằm trong Danh mục Thuốc của chúng tôi hoặc khi nó bị giới hạn theo một cách nào đó. Việc này giúp quý vị có thời gian nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để xin một loại thuốc khác hoặc yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thuốc đó.

Để mua tạm một lượng thuốc, quý vị phải tuân thủ hai quy định sau đây:

1. Thuốc mà quý vị đang sử dụng:
   - không còn nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi nữa, **hoặc**
   - chưa bao giờ nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi, **hoặc**
   - hiện giờ được giới hạn dưới một số hình thức.
2. Quý vị phải ở trong một trong các tình huống sau đây:
   - Quý vị đã tham gia chương trình từ năm ngoái.
     - **Chúng tôi sẽ** bao trả cho lượng thuốc mua tạm của quý vị **trong 90 ngày đầu tiên của năm dương lịch.**
     - Lượng cấp tạm thời này sẽ đủ dùng trong tối đa 30 ngày.
     - Nếu đơn thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua tiếp nhiều đợt sao cho đủ dùng tối đa 30 ngày. Quý vị phải lấy thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
     - Nhà thuốc của cơ sở chăm sóc lâu dài có thể cung cấp thuốc theo toa với số lượng nhỏ trong một lần để ngăn ngừa sự lãng phí.

- Quý vị mới tham gia chương trình của chúng tôi.
  - Chúng tôi sẽ đài thọ cho lượng cấp **thuốc tạm của quý vị trong thời gian 90 ngày đầu tiên từ ngày quý vị trở thành hội viên chương trình.**
  - Lượng cấp tạm thời này sẽ đủ dùng trong tối đa 30 ngày.
  - Nếu đơn thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua tiếp nhiều đợt sao cho đủ dùng tối đa 30 ngày. Quý vị phải lấy thuốc theo toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
  - Nhà thuốc của cơ sở chăm sóc lâu dài có thể cung cấp thuốc theo toa với số lượng nhỏ trong một lần để ngăn ngừa sự lãng phí.
- Nếu quý vị đã tham gia chương trình trên 90 ngày và sống trong cơ sở chăm sóc lâu dài và cần có một lượng cấp thuốc ngay.
  - Chúng tôi sẽ bao trả cho một lượng 31 ngày, hoặc ít hơn nếu toa của quý vị được kê với số ngày ít hơn. Đây là phần bổ sung vào lượng cấp tạm thời ở trên.
  - Để xin mua tạm một lượng cấp của thuốc, gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

Khi quý vị nhận được một lượng thuốc tạm, quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để biết phải làm gì khi hết thuốc. Sau đây là các lựa chọn:

- Quý vị có thể chuyển sang dùng thuốc khác.

  Có thể có một loại thuốc khác được chương trình chúng tôi bảo hiểm mà lại có hiệu quả với quý vị. Quý vị có thể gọi bộ phận Chăm sóc Khách hàng để yêu cầu một danh sách các loại thuốc được bảo hiểm điều trị cùng một loại bệnh. 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.

  HOẶC

- Quý vị cũng có thể xin hưởng ngoại lệ.

  Quý vị và nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho quý vị hưởng ngoại lệ. Ví dụ, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho một loại thuốc ngay cả khi nó không nằm trong Danh sách Thuốc. Hoặc quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thuốc mà không bị áp đặt giới hạn. Nếu nhà cung cấp dịch vụ của quý vị nói rằng quý vị có lý do chính đáng về mặt y tế để được hưởng ngoại lệ, họ có thể giúp quý vị xin.

Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu xin ngoại lệ, xem Chương 9 Phần F.

Nếu quý vị cần giúp xin ngoại lệ, quý vị có thể liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc Điều phối viên Chăm sóc của quý vị.

E. Thay đổi về bảo hiểm thuốc của quý vị

Hầu hết các thay đổi về bảo hiểm thuốc diễn ra vào ngày 1 tháng 1 nhưng chúng tôi có thể thêm hoặc bớt thuốc khỏi Danh sách Thuốc trong năm. Chúng tôi cũng có thể thay đổi các quy định của chúng tôi về thuốc. Ví dụ, chúng tôi có thể:

- Quyết định yêu cầu hoặc không yêu cầu chấp thuận trước cho một loại thuốc. (Chấp thuận trước là việc xin phép Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan trước khi quý vị có thể nhận một loại thuốc nào đó.)
- Thêm hoặc thay đổi số lượng thuốc mà quý vị được mua (gọi là giới hạn số lượng).
- Thêm hoặc thay đổi các hạn chế đối với phương pháp trị liệu từng bước đối với một loại thuốc. (Trị liệu từng bước nghĩa là quý vị có thể phải thử dùng một loại thuốc trước khi chúng tôi bảo hiểm một loại thuốc khác.)

Để biết thêm thông tin về các quy định về thuốc này, tham khảo Mục C phía trên trong chương này.

Nếu quý vị đang dùng một loại thuốc được bảo hiểm vào **đầu** năm, chúng tôi thường sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi bảo hiểm của loại thuốc đó **trong thời gian còn lại** của năm trừ khi:

- có thuốc mới, rẻ hơn trên thị trường nhưng tác dụng tương đương với thuốc ở trong Danh mục Thuốc, **hoặc**
- chúng tôi biết có một loại thuốc không an toàn, **hoặc**
- bị thu hồi khỏi thị trường.

Để biết thêm về những gì sẽ diễn ra khi Danh mục Thuốc thay đổi, quý vị luôn có thể:

- Kiểm tra Danh sách thuộc cập nhật của chúng tôi tại địa chỉ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect or
- Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng để kiểm tra Danh sách thuốc hiện tại theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần.

Một số thay đổi đối với Danh sách Thuốc sẽ xảy ra **ngay lập tức**. Ví dụ:

- **Có một loại thuốc gốc mới.** Đôi khi, một loại thuốc gốc mới trên thị trường có tác dụng tương đương với thuốc thương hiệu trong Danh mục Thuốc. Khi điều đó xảy ra,

chúng tôi có thể loại bỏ loại thuốc thương hiệu và bổ sung thuốc gốc mới, nhưng chi phí cho loại thuốc mới sẽ giữ nguyên hoặc sẽ thấp hơn.

Khi chúng tôi thêm thuốc gốc mới, chúng tôi cũng có thể quyết định giữ thuốc thương hiệu trong danh sách nhưng thay đổi các quy định hoặc giới hạn bảo hiểm của thuốc đó.

- Chúng tôi có thể không thông báo cho quý vị trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi này, nhưng chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện ngay khi điều đó xảy ra.
- Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể xin hưởng “ngoại lệ” cho các thay đổi này. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo với các bước quý vị có thể thực hiện để xin hưởng ngoại lệ. Vui lòng xem Chương 9 sổ tay này để biết thêm thông tin về ngoại lệ.

- **Thuốc được rút khỏi thị trường.** Nếu Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) nói rằng loại thuốc mà quý vị đang dùng không an toàn hoặc nhà sản xuất thuốc thu hồi thuốc khỏi thị trường, chúng tôi sẽ loại thuốc đó ra khỏi Danh sách Thuốc ngay lập tức. Nếu quý vị đang dùng thuốc, chúng tôi sẽ cho quý vị biết. Chúng tôi có thể cho quý vị được mua tiếp 60 ngày thuốc. Quý vị nên làm việc với nhà cung cấp để chuyển sang một loại thuốc khác có hiệu quả cho tình trạng của quý vị và được chương trình bảo hiểm.

Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác ảnh hưởng đến các loại thuốc quý vị dùng. Chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị về những thay đổi khác trong Danh sách Thuốc. Những thay đổi này có thể xảy ra nếu:

- FDA cung cấp hướng dẫn mới hoặc có hướng dẫn lâm sàng mới về một loại thuốc.
- Chúng tôi thêm một loại thuốc gốc không phải loại mới vào thị trường **và**
  - Thay thế một loại thuốc thương hiệu hiện có trong Danh sách Thuốc **hoặc**
  - Thay đổi các quy tắc bảo hiểm hoặc giới hạn cho thuốc chính hiệu.

Khi những thay đổi này xảy ra, chúng tôi sẽ:

- Cho quý vị biết ít nhất trước 30 ngày trước khi thực hiện thay đổi đối với Danh sách Thuốc hoặc
- Cho quý vị biết và cấp cho quý vị lượng thuốc đủ dùng trong 60 ngày sau khi quý vị yêu cầu mua tiếp.

Việc này sẽ giúp quý vị có thời gian để bàn bạc với bác sĩ hoặc người kê toa khác của mình. Người đó có thể giúp quý vị quyết định:

- Nếu có thuốc tương tự trong Danh sách Thuốc quý vị có thể lấy thay vào đó hoặc
- Liệu có nên xin hưởng ngoại lệ từ các thay đổi này hay không. Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu xin lệ, xem Chương 9 Phần F.

Chúng tôi có thể thay đổi loại thuốc quý vị dùng mà không ảnh hưởng đến quý vị bây giờ. Đối với các thay đổi như vậy, nếu quý vị đang dùng một loại thuốc được bảo hiểm vào **đầu** năm, chúng tôi thường sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi bảo hiểm của loại thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm**.

Ví dụ, nếu chúng tôi loại bỏ một thuốc quý vị đang dùng hoặc hạn chế sử dụng thuốc đó thì thay đổi sẽ không ảnh hưởng đến việc quý vị sử dụng thuốc cho thời gian còn lại trong năm.

F. Bảo hiểm thuốc trong những trường hợp đặc biệt

F1. Nếu quý vị đang nằm bệnh viện hoặc ở trong cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình của chúng tôi bao trả

Nếu quý vị được cho nằm bệnh viện hoặc vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, nói chung, chúng tôi sẽ bảo hiểm chi phí thuốc toa của quý vị trong thời gian lưu trú của quý vị. Quý vị sẽ không phải trả tiền đồng trả. Sau khi quý vị đã xuất viện hoặc ra khỏi cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chúng tôi sẽ bảo hiểm cho các thuốc của quý vị với điều kiện các thuốc đó phải thỏa mãn các quy định của chúng tôi về bảo hiểm.

Để tìm hiểu thêm về việc bảo hiểm thuốc và quý vị phải trả những gì, xem Chương 6.

F2. Nếu quý vị ở trong một cơ sở chăm sóc lâu dài

Thường thì các cơ sở chăm sóc lâu dài, như nhà điều dưỡng chẳng hạn, cũng có nhà thuốc riêng hoặc nhà thuốc cung cấp thuốc cho tất cả những người cư trú tại đó. Nếu quý vị đang sống tại một cơ sở chăm sóc lâu dài, quý vị có thể mua thuốc theo toa của quý vị qua nhà thuốc của cơ sở nếu nhà thuốc này nằm trong mạng lưới của chúng tôi.

Xem *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* để biết nhà thuốc của cơ sở chăm sóc lâu dài của quý vị có nằm trong mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không, hoặc nếu quý vị cần tìm hiểu thêm, xin liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

F3. Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời

Thuốc sẽ không bao giờ được cả cơ sở chăm sóc giai đoạn cuối đời và chương trình bảo hiểm đồng thời.

- Nếu quý vị đã được ghi danh vào một chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời của Medicare và cần thuốc giảm đau, chống buồn nôn, nhuận tràng hoặc an thần mà không được chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời của quý vị bảo hiểm vì nó không liên quan đến tiên lượng tử vong và tình trạng liên quan của quý vị, chương

trình chúng tôi phải được người kê toa cho quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời của quý vị thông báo rằng thuốc đó không liên quan thì chương trình của chúng tôi mới có thể bảo hiểm cho thuốc đó.

- Để khỏi bị chậm trễ trong việc nhận bất kỳ thuốc không liên quan nào mà sẽ được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời hoặc người kê toa cho quý vị bảo đảm chúng tôi nhận được thông báo rằng thuốc đó không liên quan thì quý vị mới có thể yêu cầu nhà thuốc bán thuốc toa cho quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi cơ sở chăm sóc giai đoạn cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ bảo hiểm tất cả các loại thuốc của quý vị. Để khỏi bị chậm trễ tại nhà thuốc khi phúc lợi chăm sóc giai đoạn cuối đời của quý vị kết thúc, quý vị nên mang theo giấy tờ đến nhà thuốc để cho họ biết rằng quý vị đã rời khỏi cơ sở chăm sóc giai đoạn cuối đời. Xem các phần trước của chương này có nói về các quy định để có thể nhận được bảo hiểm thuốc theo Phần D.

Để tìm hiểu thêm về quyền lợi chăm sóc giai đoạn cuối đời, xem Chương 4 Mục D.

G. Các chương trình về an toàn thuốc và kiểm soát thuốc

G1. Các chương trình giúp hội viên sử dụng thuốc an toàn

Mỗi lần quý vị mua thuốc toa, chúng tôi sẽ kiểm tra xem có vấn đề gì hay không, như thuốc lỗi hoặc thuốc:

- Có thể không cần thiết vì quý vị đang sử dụng một loại thuốc khác có cùng tác dụng rồi
- Có thể sẽ không an toàn cho tuổi tác hoặc giới tính của quý vị
- Có thể làm hại cho quý vị nếu quý vị sử dụng chúng đồng thời
- Có thành phần mà quý vị đang hoặc có thể bị dị ứng
- Có lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn

Nếu quý vị thấy có vấn đề gì trong việc sử dụng thuốc toa của quý vị, chúng tôi sẽ bàn bạc với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để giải quyết vấn đề đó.

G2. Các chương trình giúp hội viên quản lý thuốc của mình

Nếu quý vị sử dụng thuốc để điều trị các bệnh trạng y tế khác nhau và/hoặc tham gia Chương trình Quản lý Thuốc để giúp quý vị sử dụng thuốc opioid an toàn, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các dịch vụ, không tính phí cho quý vị, thông qua một chương trình quản lý liệu pháp thuốc (MTM). Chương trình này giúp quý vị và nhà cung cấp dịch vụ của quý vị bảo

đảm thuốc của quý vị sẽ cải thiện sức khỏe của quý vị. Một dược sĩ hoặc nhân viên y tế khác sẽ xem xét toàn diện tất cả các thuốc của quý vị rồi nói chuyện với quý vị về việc:

- Làm sao để nhận được lợi ích cao nhất từ những thuốc quý vị dùng
- Bất kỳ lo ngại nào mà quý vị có, như chi phí thuốc và phản ứng thuốc
- Sử dụng thuốc của quý vị như thế nào là tốt nhất
- Bất kỳ câu hỏi hoặc vấn đề gì mà quý vị có thể có về thuốc theo toa và thuốc mua không cần toa của quý vị

Quý vị sẽ nhận văn bản tóm tắt về cuộc nói chuyện này. Bản tóm tắt có kế hoạch hành động về thuốc đề nghị những việc quý vị có thể làm để việc sử dụng thuốc của quý vị đạt kết quả tối ưu. Quý vị cũng sẽ nhận một danh sách thuốc cá nhân có tất cả những loại thuốc mà quý vị đang dùng và tại sao quý vị phải dùng chúng. Ngoài ra, quý vị sẽ nhận được thông tin về vứt bỏ an toàn thuốc kê toa mà là những chất được kiểm soát.

Một ý hay là xin hẹn để xem xét thuốc của quý vị trước cuộc thăm khám "Sức khỏe" hàng năm của quý vị, để quý vị có thể nói chuyện với bác sĩ về kế hoạch hành động và danh sách thuốc của quý vị. Hãy mang theo bản kế hoạch hành động và danh sách thuốc khi đi khám hoặc bất cứ lúc nào quý vị nói chuyện với bác sĩ, dược sĩ, và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị. Ngoài ra, cũng hãy mang theo danh sách thuốc của quý vị khi đi bệnh viện hoặc đến phòng cấp cứu.

Chương trình quản lý thuốc là tự nguyện và được miễn phí cho các hội viên hội đủ điều kiện. Nếu chúng tôi có một chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ ghi danh quý vị vào chương trình đó và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình này, xin cho chúng tôi biết, chúng tôi sẽ đưa quý vị ra khỏi chương trình.

Nếu quý vị có thắc mắc gì về những chương trình này, vui lòng liên hệ bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc Điều phối viên Chăm sóc của quý vị.

G3. Chương trình quản lý thuốc để giúp các hội viên sử dụng thuốc opioid an toàn

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan có một chương trình có thể giúp các hội viên sử dụng thuốc opioid theo toa an toàn và các thuốc khác thường xuyên bị lạm dụng. 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 đã sử dụng quá liều opioid gần gây, chúng tôi có thể nói chuyện với bác sĩ của quý vị để đảm bảo rằng việc sử dụng thuốc opioid của quý vị là phù hợp và cần thiết về mặt y tế. Làm việc với bác sĩ của quý vị, nếu chúng tôi quyết định rằng việc sử dụng thuốc opioid

kê toahoặc benzodiazepine của quý vị không an toàn, và chúng tôi có thể hạn chế cách quý vị có thể nhận những thuốc này. Hạn chế có thể bao gồm:

- Yêu cầu quý vị lấy tất cả đơn thuốc cho các thuốc đó **từ một nhà thuốc** và/hoặc **từ một bác sĩ**
- **Giới hạn số lượng** các thuốc đó chúng tôi sẽ bảo hiểm cho quý vị

Nếu chúng tôi nghĩ rằng một hoặc nhiều giới hạn nên áp dụng cho quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư trước cho quý vị. Thư sẽ giải thích hạn chế chúng tôi nghĩ rằng nên áp dụng.

Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết bác sĩ hoặc nhà thuốc nào quý vị thích sử dụng và bất kỳ thông tin nào quý vị nghĩ là quan trọng mà chúng tôi nên biết. Nếu chúng tôi quyết định giới hạn bảo hiểm của quý vị cho những thuốc này sau khi quý vị có cơ hội phản hồi, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bức thư khác xác nhận các giới hạn đó.

Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã làm sai, quý vị không đồng ý rằng quý vị đang gặp nguy cơ lạm dụng thuốc theo toa, hoặc quý vị không đồng ý hạn chế, quý vị và bác sĩ kê đơn của quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. Nếu quý vị nộp đơn kháng cáo, chúng tôi sẽ rà soát trường hợp của quý vị và thông báo quyết định của chúng tôi. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần kháng cáo nào của quý vị liên quan đến hạn chế quý vị tiếp cận những thuốc này, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến Cơ quan Soát xét Độc lập (Independent Review Entity, IRE). (Để tìm hiểu về cách nộp kháng cáo và cách tìm hiểu thêm về IRE, xem Chương 9.)

DMP không thể áp dụng với quý vị nếu:

- có một số bệnh lý như ung thư hoặc bệnh tế bào hình liềm,
- đang được chăm sóc giai đoạn cuối, chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc cuối đời, **hoặc**
- ở trong một cơ sở chăm sóc lâu dài.

Chương 6: Quý vị phải trả những khoản tiền nào cho thuốc theo toa Medicare và Medi-Cal

Giới thiệu

Chương này cho biết quý vị phải trả những khoản tiền nào cho thuốc toa ngoại trú của quý vị. Nói "thuốc", là chúng tôi có ý chỉ:

- Các loại thuốc kê toa Medicare Phần D, **và**
- Thuốc và các khoản mục được Medi-Cal bảo hiểm, **và**
- Thuốc và các khoản mục được chương trình bảo hiểm ở dạng các quyền lợi bổ sung.

Vì quý vị đủ tiêu chuẩn hưởng Medi-Cal, quý vị được "Trợ Cấp Đặc biệt" của Medicare để giúp thanh toán cho các thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị.

> **Trợ cấp Đặc biệt** là một chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và các nguồn lực hạn chế giảm các chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D, chẳng hạn như tiền bảo hiểm, các khoản khấu trừ và tiền đồng trả. Trợ cấp Đặc biệt còn được gọi là “Trợ cấp Thu nhập Thấp” hoặc “LIS” (Low-Income Subsidy).

Các thuật ngữ chính và định nghĩa khác theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Để tìm hiểu thêm về thuốc toa, quý vị có thể xem tại các nơi sau đây:

- *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm*của chúng tôi.
  - Chúng tôi gọi đây là "Danh sách Thuốc". Danh sách này cho quý vị biết:
    - Chúng tôi sẽ thanh toán cho thuốc nào
    - Mỗi loại thuốc thuộc một trong bốn (4) bậc chia sẻ chi phí nào
    - Có giới hạn nào cho thuốc đó hay không
  - Nếu quý vị cần một bản sao của Danh sách Thuốc, gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng. Quý vị cũng có thể tìm Danh sách Thuốc trên trang mạng của chúng tôi tại www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. Danh sách Thuốc trên trang web luôn là danh sách mới nhất.

- Chương 5 của *Sổ tay Hội viên* này.
  - Chương 5 cho biết cách nhận thuốc kê toa ngoại trú của quý vị qua chương trình của chúng tôi.
  - Chương này cũng có các quy định mà quý vị cần phải tuân thủ. Nó cũng cho biết những loại thuốc nào không được chương trình của chúng tôi bảo hiểm.
- *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* của chúng tôi.
  - Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc được bảo hiểm của quý vị. Nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc đã đồng ý cộng tác với chúng tôi.
  - *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* có danh sách các nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị có thể đọc thêm về nhà thuốc trong mạng lưới tại Chương 5 Mục A.

Mục lục

A. *Giải thích về Quyền lợi* (EOB) 142

B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị 142

C. Các Giai đoạn Thanh toán Thuốc cho các thuốc Medicare Phần D 143

D. Giai đoạn 1: Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu 144

D1. Các lựa chọn về nhà thuốc của quý vị 144

D2. Nhận cung cấp thuốc dài kỳ 145

D3. Khoản quý vị trả 145

D4. Kết thúc Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu 148

E. Giai đoạn 2: Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương 148

F. Chi phí thuốc của quý vị sẽ ra sao khi bác sĩ của quý vị kê ít hơn lượng cấp của cả tháng 149

G. Trợ cấp chia sẻ chi phí thuốc theo toa cho người bị HIV/AIDS 149

G1. Chương trình Trợ cấp Thuốc AIDS (ADAP) là gì 150

G2. Phải làm gì nếu quý vị không được ghi danh vào ADAP 150

G3. Phải làm gì nếu quý vị đã được ghi danh vào ADAP 150

H. Chích ngừa 150

H1. Quý vị cần biết gì trước khi quý vị tiêm vắc xin 150

H2. Những gì quý vị phải trả cho tiêm chủng Medicare Phần D 151

A. *Giải thích về Quyền lợi* (EOB)

Chương trình của chúng tôi theo dõi thuốc toa của quý vị. Chúng tôi theo dõi hai loại chi phí:

- **Chi phí tự chi trả của quý vị**. Đây là số tiền mà quý vị, hoặc người khác thay mặt cho quý vị, thanh toán cho các thuốc toa của quý vị.
- **Tổng chi phí thuốc** của quý vị. Đây là số tiền mà quý vị, hoặc người khác thay mặt cho quý vị, thanh toán cho các thuốc toa của quý vị, cộng với số tiền mà chúng tôi phải trả.

Khi quý vị mua thuốc toa qua chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một báo cáo gọi là tờ *Giải thích Quyền lợi.* Chúng tôi gọi ngắn gọn là EOB. EOB này cung cấp thêm thông tin về thuốc quý vị dùng, chẳng hạn như tăng giá và có thể có các thuốc khác có mức chia sẻ chi phí thấp hơn. Quý vị có thể trao đổi với người kê toa của quý vị về những lựa chọn chi phí thấp hơn này. EOB gồm có:

- **Thông tin trong tháng**. Báo cáo cho biết quý vị đã nhận được các thuốc toa nào. Nó cho biết tổng chi phí thuốc, chúng tôi đã trả những gì, và quý vị và người khác thanh toán cho quý vị đã trả những gì.
- **Thông tin "Từ đầu năm đến nay".** Đây là tổng chi phí thuốc của quý vị và tổng số tiền đã thanh toán từ ngày 1 tháng Một.

Chúng tôi bảo hiểm cho thuốc không được Medicare bảo hiểm.

- Các khoản thanh toán cho những loại thuốc này sẽ không được tính vào tổng chi phí tự chi trả của quý vị.
- Chúng tôi cũng thanh toán cho một số loại thuốc mua không cần toa bác sĩ. Quý vị không phải thanh toán bất cứ khoản nào cho các loại thuốc sau.
- Để tìm xem thuốc nào được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, xem Danh sách Thuốc.

B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị

Để theo dõi chi phí thuốc của quý vị và những khoản tiền mà quý vị thanh toán, chúng tôi sử dụng hồ sơ mà chúng tôi nhận được từ quý vị và nhà thuốc của quý vị. Phần sau đây sẽ cho biết quý vị có thể giúp chúng tôi như thế nào:

1. **Sử dụng thẻ hội viên của quý vị.**

   Xuất trình thẻ hội viên (ID card) vào mỗi lần quý vị mua thuốc toa. Việc này sẽ giúp cho chúng tôi biết quý vị đã mua những thuốc toa nào và quý vị trả những gì.

2. **Đảm bảo chúng tôi có được các thông tin chúng tôi cần.**

   Hãy cung cấp cho chúng tôi bản sao của biên nhận cho các thuốc mà quý vị đã trả tiền. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ mà chúng tôi phải trả.

   Sau đây là những lúc quý vị cần cung cấp cho chúng tôi bản sao của biên nhận:

   - Khi quý vị mua thuốc được bảo hiểm tại một nhà thuốc trong mạng lưới với một giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ chiết khấu không nằm trong phúc lợi chương trình của chúng tôi
   - Khi quý vị thanh toán tiền đồng trả cho thuốc mà quý vị mua theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc.
   - Khi quý vị mua thuốc được bảo hiểm tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới.
   - Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc được bảo hiểm.

   Để tìm hiểu cách yêu cầu chúng tôi hoàn tiền lại cho phần chia sẻ chi phí thuốc của chúng tôi, xem Chương 7 Phần A và B.

3. **Gửi chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán người khác đã trả cho quý vị.**

   Các khoản thanh toán mà những người và tổ chức khác nào đó đã trả cho quý vị cũng được tính vào chi phí tự chi trả của quý vị. Ví dụ, các khoản thanh toán của chương trình hỗ trợ thuốc AIDS, Dịch vụ Y tế của Người Mỹ Bản địa (Indian Health Service), hầu hết các tổ chức từ thiện đều được tính vào chi phí tự chi trả của quý vị. Việc này có thể giúp quý vị đủ điều kiện được hưởng giai đoạn bảo hiểm tai ương. Khi quý vị đạt đến Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sẽ thanh toán toàn bộ chi phí thuốc Phần D của quý vị cho phần còn lại của năm.

4. **Kiểm tra các báo cáo chúng tôi gửi cho quý vị.**

   Khi quý vị nhận được tờ *Giải thích Quyền lợi* qua thư, xin bảo đảm nó đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị nghĩ có gì đó sai sót trong báo cáo, hay quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, xin gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng. Nhớ lưu lại các báo cáo này. Chúng là hồ sơ quan trọng về các chi phí thuốc của quý vị.

C. Các Giai đoạn Thanh toán Thuốc cho các thuốc Medicare Phần D

Có hai giai đoạn thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị trong chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Số tiền quý vị phải trả sẽ tùy thuộc vào giai đoạn mà quý vị đã đạt đến khi quý vị mua hoặc mua tiếp thuốc theo toa. Sau đây là hai giai đoạn đó:

Giai đoạn 1: Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu	Giai đoạn 2: Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương
Trong giai đoạn này, chúng tôi sẽ trả một phần chi phí thuốc của quý vị, và quý vị trả phần chia sẻ chi phí của quý vị. Phần chia sẻ mà quý vị phải chia sẻ gọi là tiền đồng trả. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị mua thuốc theo đơn lần đầu tiên trong năm.	Trong giai đoạn này, chúng tôi sẽ trả tất cả chi phí thuốc của quý vị cho đến hết ngày 31 tháng Mười Hai năm 2021. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi chi phí tự chi trả của quý vị đã đạt đến một mức độ nào đó.

D. Giai đoạn 1: Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu

Trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, chúng tôi sẽ trả phần chia sẻ chi phí thuốc toa được bảo hiểm của quý vị, và quý vị trả phần chia sẻ chi phí của quý vị. Phần chia sẻ mà quý vị phải chia sẻ gọi là tiền đồng trả. Tiền đồng trả sẽ tùy thuộc vào bậc chia sẻ chi phí của thuốc và nơi mà quý vị mua thuốc.

Bậc chia sẻ chi phí là các nhóm thuốc có cùng khoản tiền đồng trả. Mỗi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chương trình thuộc một trong bốn (4) bậc chia sẻ chi phí. Thông thường, số bậc cao hơn thì tiền thanh toán cao hơn. Để tìm bậc chia sẻ chi phí cho các loại thuốc của mình, quý vị có thể tra cứu trong Danh sách Thuốc.

- Bậc Chia sẻ Chi phí 1 (bậc thấp nhất của chúng tôi) bao gồm Thuốc gốc ưu tiên. Tiền đồng trả là $0.
- Chia sẻ Chi phí Bậc 2 bao gồm Thuốc gốc. Tiền đồng trả là từ $0 đến $3.70.
- Bậc Chia sẻ chi phí 3 (bậc cao nhất của chúng tôi) bao gồm các thuốc thương hiệu. Tiền đồng trả là từ $0 đến $9.20.
- Bậc chia sẻ chi phí 4 gồm có các thuốc ngoài Medicare và thuốc mua không cần toa (OTC). Tiền đồng trả là $0.

Để biết thuốc của quý vị nằm trong bậc chia sẻ chi phí nào, xin tìm thuốc đó trong Danh mục Thuốc (Danh sách Thuốc) của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan của chúng tôi.

D1. Các lựa chọn về nhà thuốc của quý vị

Việc quý vị trả bao nhiêu tiền thuốc phụ thuộc vào việc quý vị có hay không nhận thuốc từ:

- Nhà thuốc trong mạng lưới, **hoặc**
- Nhà thuốc ngoài mạng lưới.

Trong một số ít trường hợp, chúng tôi bảo hiểm cho thuốc theo toa mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Xem Chương 5 Phần A để tìm hiểu xem khi nào chúng tôi làm việc đó.

Để tìm hiểu thêm các lựa chọn về nhà thuốc này, xem Chương 5 Mục A trong sổ tay này và *Danh bạ Nhà cung cấp và Nhà thuốc của chúng tôi.*

D2. Nhận cung cấp thuốc dài kỳ

Với một số loại thuốc, quý vị có thể mua một lượng cấp để sử dụng lâu dài (còn gọi là "lượng cấp lâu dài") khi quý vị mua thuốc toa. Lượng cấp lâu dài là lượng cấp đủ cho 100 ngày đối với bậc 1 và 90 ngày đối với bậc 2-3. Chi phí cũng tương tự lượng cấp của một tháng.

Để biết chi tiết về nơi và cách nhận lượng cấp thuốc dài hạn, xem Chương 5 Phần A hoặc *Danh bạ Nhà Cung cấp và Nhà thuốc.*

D3. Khoản quý vị trả

Trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, quý vị trả một khoản tiền đồng trả vào mỗi lần quý vị mua thuốc theo toa. Nếu chi phí thuốc được bảo hiểm của quý vị nhỏ hơn khoản tiền đồng trả đó, quý vị sẽ trả mức thấp hơn.

Quý vị có thể liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng để được biết tiền đồng trả của quý vị là bao nhiêu cho bất kỳ thuốc được bảo hiểm nào.

Phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị mua lượng cấp một tháng của một loại thuốc theo toa được bảo hiểm từ:

	Nhà thuốc trong mạng lưới Lượng cấp của một tháng hoặc tối đa là 30 ngày	**Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình** Lượng cấp của một tháng hoặc tối đa là 30 ngày	**Nhà thuốc chăm sóc lâu dài trong mạng lưới** Lượng cấp tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc ngoài mạng lưới** Lượng cấp tối đa 10 ngày. Việc bảo hiểm được giới hạn trong phạm vi các trường hợp nào đó mà thôi. Xem Chương 5 Phần A để biết chi tiết.
Chia sẻ chi phí Bậc 1 (Thuốc gốc được Ưu tiên)	$0 tiền đồng trả	Đặt hàng qua bưu điện không có sẵn	$0 tiền đồng trả	$0 tiền đồng trả
Chia sẻ chi phí Bậc 2 (Thuốc gốc)	$0, $1.30 hoặc $3.70 tiền đồng trả Tiền đồng trả có thể sẽ thay đổi tùy theo Trợ cấp Đặc biệt (Extra Help) mà quý vị nhận được.	Đặt hàng qua bưu điện không có sẵn	$0, $1.30 hoặc $3.70 tiền đồng trả Tiền đồng trả có thể sẽ thay đổi tùy theo Trợ cấp Đặc biệt (Extra Help) mà quý vị nhận được.	$0, $1.30 hoặc $3.70 tiền đồng trả Tiền đồng trả có thể sẽ thay đổi tùy theo Trợ cấp Đặc biệt (Extra Help) mà quý vị nhận được.
Chia sẻ chi phí Bậc 3 (Thuốc Thương hiệu)	$0, $4.00 hoặc $9.20 tiền đồng trả Tiền đồng trả có thể sẽ thay đổi tùy theo Trợ cấp Đặc biệt (Extra Help) mà quý vị nhận được.	Đặt hàng qua bưu điện không có sẵn	$0, $4.00 hoặc $9.20 tiền đồng trả Tiền đồng trả có thể sẽ thay đổi tùy theo Trợ cấp Đặc biệt (Extra Help) mà quý vị nhận được.	$0, $4.00 hoặc $9.20 tiền đồng trả Tiền đồng trả có thể sẽ thay đổi tùy theo Trợ cấp Đặc biệt (Extra Help) mà quý vị nhận được.

	Nhà thuốc trong mạng lưới Lượng cấp của một tháng hoặc tối đa là 30 ngày	**Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình** Lượng cấp của một tháng hoặc tối đa là 30 ngày	**Nhà thuốc chăm sóc lâu dài trong mạng lưới** Lượng cấp tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc ngoài mạng lưới** Lượng cấp tối đa 10 ngày. Việc bảo hiểm được giới hạn trong phạm vi các trường hợp nào đó mà thôi. Xem Chương 5 Phần A để biết chi tiết.
Chia sẻ chi phí **Bậc 4** (Thuốc RX ngoài Medicare/Thuốc không cần toa (OTC))	$0 tiền đồng trả	Dịch vụ đặt mua qua bưu điện không được cung cấp cho thuốc ở bậc 4	$0 tiền đồng trả	$0 tiền đồng trả

Phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị mua một lượng cấp thuốc theo toa được bảo hiểm dài hạn từ:

	Nhà thuốc trong mạng lưới	**Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình**
Chia sẻ chi phí **Bậc 1:** Thuốc Gốc được Ưu tiên Lượng cấp tối đa 100 ngày	$0 tiền đồng trả	$0 tiền đồng trả

	Nhà thuốc trong mạng lưới	**Dịch vụ đặt hàng qua bưu điện của chương trình**
Chia sẻ chi phí **Bậc 2:** Thuốc Gốc Lượng cấp tối đa 90 ngày	$0, $1.30 hoặc $3.70 tiền đồng trả Tiền đồng trả có thể sẽ thay đổi tùy theo Trợ cấp Đặc biệt (Extra Help) mà quý vị nhận được.	$0, $1.30 hoặc $3.70 tiền đồng trả Tiền đồng trả có thể sẽ thay đổi tùy theo Trợ cấp Đặc biệt (Extra Help) mà quý vị nhận được.
Chia sẻ chi phí **Bậc 3:** Thuốc thương hiệu Lượng cấp tối đa 90 ngày	$0, $4.00 hoặc $9.20 tiền đồng trả Tiền đồng trả có thể sẽ thay đổi tùy theo Trợ cấp Đặc biệt (Extra Help) mà quý vị nhận được.	$0, $4.00 hoặc $9.20 tiền đồng trả Tiền đồng trả có thể sẽ thay đổi tùy theo Trợ cấp Đặc biệt (Extra Help) mà quý vị nhận được.
Chia sẻ chi phí **Bậc 4:** Thuốc RX ngoài Medicare/ Thuốc không cần toa (OTC) Lượng cấp tối đa 90 ngày	Lượng cấp dài hạn không được cung cấp cho bậc 4	Dịch vụ đặt mua qua bưu điện không được cung cấp cho thuốc ở bậc 4

Để biết nhà thuốc nào có thể cung cấp cho quý vị các lượng cấp lâu dài, xin xem trong *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc của chúng tôi.*

D4. Kết thúc Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu

Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu kết thúc khi tổng chi phí tiền túi của quý vị đạt $6,550. Vào lúc này, Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương sẽ bắt đầu. Chúng tôi bảo hiểm cho tất cả chi phí thuốc của quý vị từ lúc đó cho đến khi kết thúc cuối năm.

Báo cáo *Giải thích Quyền lợi* của quý vị sẽ giúp quý vị theo dõi xem quý vị đã trả bao nhiêu cho thuốc của mình trong năm. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu quý vị đạt mức giới hạn $6,550. Nhiều người không đạt mức này trong một năm.

E. Giai đoạn 2: Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương

Khi quý vị đạt đến giới hạn tiền túi là $6,550 đối với thuốc kê toa của mình, Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương sẽ bắt đầu. Quý vị sẽ ở trong Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương cho đến khi kết thúc năm theo lịch. Trong giai đoạn này, chương trình sẽ thanh toán toàn bộ chi phí thuốc Medicare của quý vị.

F. Chi phí thuốc của quý vị sẽ ra sao khi bác sĩ của quý vị kê ít hơn lượng cấp của cả tháng

Thông thường, quý vị thanh toán tiền đồng trả để trả cho lượng cấp cả tháng của thuốc được bảo hiểm. Tuy nhiên, bác sĩ của quý vị có thể kê ít hơn lượng cấp của một tháng.

- Có thể có những lúc quý vị muốn yêu cầu bác sĩ của quý vị kê ít hơn lượng cấp của một tháng (ví dụ, khi quý vị lần đầu tiên thử dùng một loại thuốc vốn được biết là có các tác dụng phụ nghiêm trọng).
- Nếu bác sĩ của quý vị đồng ý, quý vị sẽ không phải trả tiền cho lượng cấp của cả tháng với những thuốc nào đó.

Khi quý vị mua ít hơn lượng cấp của một tháng, số tiền quý vị trả sẽ được tính theo số ngày thuốc mà quý vị nhận được. Chúng tôi tính ra số tiền mà quý vị phải trả mỗi ngày cho thuốc của quý vị ("mức chia sẻ chi phí theo ngày") rồi nhân nó với số ngày thuốc mà quý vị nhận được.

- Dưới đây là ví dụ: Giả sử tiền đồng trả cho thuốc của quý vị cho nguồn cấp cho cả tháng (cấp để dùng cho 30 ngày) $1.30. Điều này có nghĩa là số tiền quý vị trả cho thuốc của quý vị cao hơn $0.04 một chút mỗi ngày. Nếu quý vị nhận được lượng cấp của 7 ngày, thì tiền thanh toán của quý vị sẽ cao hơn $0.04 một chút mỗi ngày nhân cho 7 ngày, ra tổng số thanh toán là $0.30.
- Mức chia sẻ chi phí theo ngày cho phép quý vị được biết chắc một loại thuốc nào đó có tác dụng tốt cho quý vị hay không rồi quý vị mới phải thanh toán cho lượng cấp cả tháng của thuốc đó.
- Quý vị cũng có thể yêu cầu nhà cung cấp của mình kê toa ít hơn so với lượng cấp một tháng đầy đủ của một loại thuốc, nếu điều này giúp quý vị:
  - lên kế hoạch tốt hơn khi lấy tiếp thuốc của mình,
  - phối hợp mua tiếp các loại thuốc khác mà quý vị dùng, và
  - bớt phải tới nhà thuốc hơn.

G. Trợ cấp chia sẻ chi phí thuốc theo toa cho người bị HIV/AIDS

G1. Chương trình Trợ cấp Thuốc AIDS (ADAP) là gì

Chương trình Trợ cấp Thuốc AIDS (ADAP) giúp bảo đảm những người đủ tiêu chuẩn sống với HIV/AIDS có thể được tiếp cận với thuốc HIV cứu sống họ. Các thuốc theo toa Medicare Phần D ngoại trú mà cũng được ADPA trợ cấp, được trợ cấp tiền chia sẻ chi phí thuốc theo toa qua Phòng AIDS, Bộ Y tế Công của California (California Department of Public Health) cho những người được ghi danh vào ADAP.

G2. Phải làm gì nếu quý vị không được ghi danh vào ADAP

Để biết thông tin về tiêu chí đủ điều kiện, thuốc được bảo hiểm, hoặc cách ghi danh tham gia chương trình, vui lòng gọi 1-844-421-7050 hoặc truy cập trang web của ADAP tại địa chỉ www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. Phải làm gì nếu quý vị đã được ghi danh vào ADAP

ADAP có thể tiếp tục trợ cấp tiền chia sẻ chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D cho các thuốc nằm trong danh sách thuốc của ADAP cho khách hàng của ADAP Để bảo đảm quý vị được tiếp tục nhận khoản trợ cấp này, xin thông báo cho cán sự ghi danh ADAP tại địa phương của quý vị bất kỳ thay đổi nào về tên hoặc số chính sách của chương trình Medicare Phần D của quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp để tìm nơi ghi danh ADAP gần nhất và/hoặc cán sự ghi danh, vui lòng gọi số 1-844-421-7050 hoặc vào trang mạng nói trên.

H. Chích ngừa

Chúng tôi bảo hiểm cho các vắc-xin Medicare Phần D. Bảo hiểm chích ngừa Medicare Phần D của chúng tôi có hai phần:

1. Phần bảo hiểm thứ nhất là chi phí của **bản thân vắc xin**. Vắc-xin là một loại thuốc kê toa.
2. Phần bảo hiểm thứ hai là chi phí của việc **chích vắc xin cho quý vị.** Ví dụ, thỉnh thoảng quý vị có thể nhận vắc-xin ở dạng chích do bác sĩ chích cho quý vị.

H1. Quý vị cần biết gì trước khi quý vị tiêm vắc xin

Chúng tôi khuyên quý vị nên gọi cho chúng tôi trước qua bộ phận Chăm sóc Khách hàng mỗi khi quý vị tính chích ngừa.

- Chúng tôi có thể cho quý vị biết cách thức chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho việc tiêm vắc-xin của quý vị cũng như sẽ giải thích về phần chi phí của quý vị.
- Chúng tôi có thể trao đổi với quý vị cách thức giảm bớt các chi phí bằng cách sử dụng các hiệu thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới. Nhà thuốc trong mạng lưới là các hiệu thuốc đã đồng ý làm việc với chương trình của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới là một nhà cung cấp làm việc với chương trình sức khỏe này. Nhà

cung cấp trong mạng lưới nên làm việc với Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan để đảm bảo quý vị không bị tính phí trả trước cho vắc-xin Phần D.

H2. Những gì quý vị phải trả cho tiêm chủng Medicare Phần D

Số tiền quý vị trả cho việc chích ngừa tùy thuộc vào loại vắc-xin (quý vị được chích ngừa cho bệnh gì).

- Một số vắc-xin được xem là quyền lợi y tế chứ không phải là thuốc. Các vắc-xin này được bảo hiểm miễn phí cho quý vị. Để tìm hiểu thêm về việc bảo hiểm cho các vắc-xin này, xin tham khảo Bảng Quyền lợi ở Chương 4 Mục D.
- Các vắc-xin khác được xem là thuốc Medicare Phần D. Quý vị có thể thấy các vắc-xin này được liệt kê trong Danh sách Thuốc của chương trình. Quý vị có thể phải trả một khoản đồng thanh toán cho các vắc-xin Medicare Phần D.

Sau đây là ba cách thông thường mà quý vị có thể dùng để được chích ngừa theo Medicare Phần D.

1. Quý vị nhận được vắc-xin Medicare Phần D tại một nhà thuốc trong mạng lưới và tiêm chủng tại hiệu thuốc đó.
   - Quý vị sẽ thanh toán tiền đồng trả cho vắc xin đó.
2. Quý vị mua vắc-xin Medicare Phần D tại văn phòng bác sĩ của quý vị rồi bác sĩ chích luôn cho quý vị.
   - Quý vị sẽ thanh toán tiền đồng trả của vắc xin đó cho bác sĩ.
   - Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán chi phí chích cho quý vị.
   - Văn phòng bác sĩ phải gọi cho chương trình chúng tôi trong trường hợp này để chúng tôi biết chắc rằng họ biết quý vị chỉ phải trả tiền đồng trả cho vắc xin đó mà thôi.
3. Quý vị mua vắc xin Medicare Phần D đó tại một nhà thuốc rồi đưa đến văn phòng bác sĩ của quý vị để chích.
   - Quý vị sẽ thanh toán tiền đồng trả cho vắc xin đó.
   - Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán chi phí chích cho quý vị.

Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho những dịch vụ hoặc thuốc được bảo hiểm

Giới thiệu

Chương này cho quý vị biết cách thức và thời gian gửi cho chúng tôi hóa đơn để yêu cầu thanh toán. Nó cũng cho quý vị biết cách đệ đơn kháng cáo khi quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho những dịch vụ hoặc thuốc của quý vị 153

B. Gửi yêu cầu thanh toán 155

C. Quyết định bảo hiểm 156

D. Kháng cáo 157

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho những dịch vụ hoặc thuốc của quý vị

Quý vị không nên nhận hóa đơn cho các dịch vụ hoặc thuốc trong mạng lưới. Nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi phải gửi hóa đơn cho chương trình cho các dịch vụ và thuốc được bảo hiểm mà quý vị đã được nhận rồi. Nhà cung cấp trong mạng lưới là một nhà cung cấp làm việc với chương trình sức khỏe này.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho toàn bộ chi phí của **dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi.** Để gửi hóa đơn cho chúng tôi, xem trang 156.

- Nếu các dịch vụ hoặc thuốc đó được bảo hiểm, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp đó.
- Nếu dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ và quý vị đã trả quá phần chia sẻ chi phí của quý vị, quý vị có quyền được trả lại.
- Nếu dịch vụ hoặc thuốc đó **không** được bảo hiểm, chúng tôi sẽ cho quý vị biết.

  Liên hệ bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc Điều phối viên Chăm sóc của quý vị nếu quý vị có thắc mắc gì. Nếu quý vị không biết mình đã phải trả gì mới đúng, hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn và không biết phải làm gì với hóa đơn đó, chúng tôi có thể giúp quý vị. Quý vị cũng có thể gọi nếu quý vị muốn cho chúng tôi biết về giấy yêu cầu trả tiền mà quý vị đã gửi cho chúng tôi.

Sau đây là các ví dụ về những lúc quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn tiền lại cho quý vị hoặc trả tiền hóa đơn mà quý vị đã nhận được:

1. **Khi quý vị nhận dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết từ một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới.**

   Quý vị cần yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ đó gửi hóa đơn cho chúng tôi.

   - Nếu quý vị thanh toán toàn bộ số tiền khi nhận dịch vụ chăm sóc, hãy yêu cầu chúng tôi hoàn lại phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn đó và bằng chứng của bất kỳ việc trả tiền nào mà quý vị đã thực hiện.
   - Quý vị có thể sẽ nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu trả tiền cho một khoản mà quý vị nghĩ rằng mình không phải trả. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn đó và bằng chứng của bất kỳ việc trả tiền nào mà quý vị đã thực hiện.
     - Nếu nhà cung cấp cần được trả tiền, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp đó.

- Nếu quý vị đã thanh toán nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị cho dịch vụ, chúng tôi sẽ tính toán xem còn nợ quý vị bao nhiêu và hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

2. Khi nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới gửi hóa đơn cho quý vị

Các nhà cung cấp trong mạng lưới luôn phải gửi hóa đơn cho chúng tôi. Xuất trình thẻ hội viên Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan khi quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc toa nào. Gửi hóa đơn không đúng/không phù hợp là tình huống mà trong đó nhà cung cấp dịch vụ (như bác sĩ hoặc bệnh viện chẳng hạn) xuất hóa đơn cho quý vị cao hơn mức chia sẻ chi phí của chương trình cho dịch vụ. **Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào.**

- Là hội viên của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, quý vị chỉ phải trả tiền đồng trả khi quý vị nhận dịch vụ được chương trình chúng tôi bảo hiểm. Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp dịch vụ xuất hóa đơn cho quý vị cao hơn mức này. Điều này vẫn đúng ngay cả khi chúng tôi trả tiền cho nhà cung cấp đó ít hơn so với nhà cung cấp tính phí cho dịch vụ. Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán cho một số phí tổn, quý vị vẫn không phải thanh toán chúng.
- Bất kỳ khi nào quý vị nhận hóa đơn từ nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị nghĩ rằng nhiều hơn khoản quý vị phải trả, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn đó. Chúng tôi sẽ trực tiếp liên lạc với nhà cung cấp dịch vụ đó để giải quyết vấn đề này.
- Nếu quý vị đã thanh toán xong hóa đơn cho một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới, rồi mới nghĩ ra rằng mình đã trả quá nhiều, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn đó và bằng chứng của bất kỳ khoản tiền nào mà quý vị đã thanh toán. Chúng tôi sẽ thanh toán lại cho quý vị khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả và số tiền quý vị phải trả theo chương trình.

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

Nếu quý vị mua thuốc ngoài mạng lưới, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí thuốc theo toa của quý vị.

- Trong một số ít trường hợp, chúng tôi bảo hiểm cho thuốc theo toa mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Gửi cho chúng tôi bản sao biên nhận của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.
- Vui lòng xem Chương 5 Phần A để biết thêm về nhà thuốc ngoài mạng lưới.

4. Khi quý vị phải trả toàn bộ chi phí thuốc toa vì không mang theo thẻ hội viên

Nếu quý vị không mang theo thẻ hội viên, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi hoặc tìm kiếm thông tin ghi danh của quý vị trong chương trình.

- Nếu nhà thuốc đó không tìm được thông tin họ cần phải có ngay, quý vị có thể sẽ phải tự trả toàn bộ chi phí thuốc toa.
- Gửi cho chúng tôi bản sao biên nhận của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

5. Khi quý vị trả toàn bộ chi phí thuốc theo toa cho một loại thuốc không được bảo hiểm

Quý vị có thể sẽ phải trả toàn bộ chi phí thuốc theo toa vì loại thuốc đó không được bảo hiểm.

- Thuốc đó có thể không nằm trong *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm* (Danh sách Thuốc) của chúng tôi, hoặc nó có một yêu cầu hay hạn chế gì đó mà quý vị chưa biết hoặc không nghĩ rằng sẽ áp dụng cho quý vị. Nếu quý vị quyết định mua thuốc đó, quý vị có thể sẽ phải trả toàn bộ chi phí cho thuốc đó.
    - Nếu quý vị không trả tiền cho thuốc đó mà nghĩ rằng nó phải được bảo hiểm, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định về việc bảo hiểm (xem Chương 9 Phần F).
    - Nếu quý vị và bác sĩ quý vị hay người kê toa khác nghĩ rằng quý vị cần dùng thuốc đó ngay, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi quyết định trả bảo hiểm nhanh (xem Chương 9 Mục F).
- Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên nhận của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền lại cho quý vị. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể sẽ cần thu thập thêm thông tin từ bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị để thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí cho thuốc đó của chúng tôi.

Khi quý vị gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị và quyết định xem dịch vụ hoặc thuốc đó có được bảo hiểm hay không. Việc này được gọi là ra "quyết định bảo hiểm." Nếu chúng tôi xác định rằng nó được bao trả, chúng tôi sẽ trả phần chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Để tìm hiểu thêm về cách kháng cáo, xin xem tại Chương 9 Phần F.

B. Gửi yêu cầu thanh toán

Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn của quý vị và bằng chứng của bất kỳ việc trả tiền nào mà quý vị đã thực hiện. Bằng chứng của việc trả tiền có thể là bản sao của tấm chi phiếu mà quý vị đã viết hoặc

biên nhận của nhà cung cấp dịch vụ. **Một ý hay là sao lại hóa đơn và biên nhận của quý vị để lưu hồ sơ.** Quý vị có thể đề nghị Điều phối viên Chăm sóc của quý vị trợ giúp.

Để chắc chắn quý vị cho chúng tôi biết mọi thông tin chúng tôi cần để đưa ra quyết định, quý vị có thể điền vào mẫu đơn yêu cầu thanh toán.

- Quý vị không phải sử dụng biểu mẫu này, nhưng nó sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn.
- Quý vị có thể nhận bản sao của mẫu này trên trang web (www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect), hoặc quý vị có thể gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng và yêu cầu mẫu.

Hãy gửi qua bưu điện thư yêu cầu trả tiền cùng bất kỳ hóa đơn hoặc biên nhận nào của quý vị cho chúng tôi theo địa chỉ sau đây:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Customer Care Department
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755

Yêu cầu bồi hoàn thuốc theo toa:
Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Quý vị phải nộp yêu cầu bảo hiểm của quý vị cho chúng tôi trong vòng 365 ngày kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc đó.

C. Quyết định bảo hiểm

Khi chúng tôi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định bảo hiểm. Tức là chúng tôi sẽ quyết định xem dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc của quý vị có được chương trình của chúng tôi bảo hiểm hay không. Chúng tôi cũng sẽ quyết định về số tiền, nếu có, mà quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc đó.

- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi cần quý vị cung cấp thêm thông tin.
- Nếu chúng tôi xác định được rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc đó được bảo hiểm và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy định khi nhận, chúng tôi sẽ thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tấm séc qua đường bưu

điện cho phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Nếu quý vị chưa trả cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ đó.

Chương 3 Mục B cho biết các quy định về việc nhận các dịch vụ được bảo hiểm. Chương 5, các Mục từ A đến F cho biết các quy định về việc nhận thuốc theo toa Medicare Phần D được bảo hiểm của quý vị.

- Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do không thanh toán cho quý vị. Thư này cũng sẽ cho biết các quyền của quý vị về việc kháng cáo.
- Để tìm hiểu thêm về quyết định bảo hiểm, xem Chương 9 Phần D.

D. Kháng cáo

Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã nhầm khi từ chối yêu cầu trả tiền của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định của chúng tôi. Việc này được gọi là kháng cáo. Quý vị cũng có thể kháng cáo nếu quý vị không đồng ý với số tiền mà chúng tôi trả.

Tiến trình kháng cáo là một tiến trình chính thức có các thủ tục chi tiết và thời hạn quan trọng. Để tìm hiểu thêm về việc kháng cáo, xem Chương 9 Phần D và E.

- Nếu quý vị muốn kháng cáo về việc thanh toán lại cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe, xem trang 189.
- Nếu quý vị muốn tiến hành kháng cáo để được hoàn trả tiền cho một loại thuốc, xem trang 189.

Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị

Giới thiệu

Chương này bao gồm các quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình. Chúng tôi phải tôn trọng các quyền của quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Quyền được cung cấp thông tin theo cách phù hợp với nhu cầu của quý vị 160

B. Chúng tôi có trách nhiệm bảo đảm quý vị sẽ nhận được kịp thời các dịch vụ và thuốc men được bảo hiểm 167

C. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc duy trì quyền riêng tư và bảo mật để bảo vệ Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ của quý vị (PHI) 168

C1. Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị như thế nào 168

C2. Quý vị có quyền xem các hồ sơ y khoa của mình 169

C3. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị theo một cách cụ thể hoặc gửi thư đến địa chỉ khác. 169

C4. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi hạn chế những thứ chúng tôi sử dụng và chia sẻ 169

C5. Quý vị có quyền chọn ai đó để làm thay quý vị 170

D. Chúng tôi có trách nhiệm cung cấp thông tin cho quý vị về chương trình của chúng tôi, nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi, và các dịch vụ được bảo hiểm 170

E. Nhà cung cấp trong mạng lưới không thể gửi hóa đơn trực tiếp cho quý vị 171

F. Quyền rời khỏi Cal MediConnect Plan của quý vị 171

G. Quý vị có quyền ra quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho mình 172

G1. Quý vị có quyền được biết các lựa chọn điều trị của mình và quyết định việc chăm sóc sức khỏe của quý vị 172

G2. Quý vị có quyền cho biết quý vị muốn phải làm sao khi quý vị không thể tự quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị 172

G3. Cần làm gì nếu không tuân thủ các hướng dẫn của quý vị 173

H. Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi 173

H1. Những gì cần làm nếu quý vị nghĩ rằng mình bị đối xử không công bằng hoặc quý vị muốn thêm thông tin về quyền của quý vị 174

I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình 174

A. Quyền được cung cấp thông tin theo cách phù hợp với nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải cho quý vị biết các quyền lợi của chương trình và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết các quyền của quý vị vào mỗi năm khi quý vị ở trong chương trình của chúng tôi.

- To get information in a way that you can understand, call Customer Care. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in formats such as large print, braille, or audio. Materials are available in Spanish, Vietnamese, Chinese, Armenian, Russian, Tagalog, Korean, Farsi, Arabic, Hmong, and Cambodian.
    - You can make a standing request to get this document in a language other than English or in an alternate format now and in the future. To make a request, please contact Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Customer Care.
    - Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Customer Care will keep your preferred language and format on file for future communications. To make any updates on your preference, please contact Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
    - If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. For Medi-Cal benefits, you can also ask for a State Hearing if the health plan denies, reduces, or ends services you think you should get. To ask for a Medi-Cal State Hearing and file a complaint, call 1-800-952-5253. TTY users should call 1-800-952-8349

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Para el condado de Los Angeles, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, chino, armenio, ruso, tagalo, coreano, farsi, árabe y camboyano. Para el condado de San Diego, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, tagalo y árabe. Puede realizar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro. Para realizar una solicitud, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- Si está teniendo inconvenientes para recibir información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o con una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para los beneficios de Medi-Cal, también puede pedir una Audiencia estatal imparcial si el plan de salud deniega, reduce o cancela servicios que usted cree que debería recibir. Para pedir una Audiencia estatal imparcial de Medi-Cal y presentar una queja, llame al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349.

- 我們必須用您能了解的方式，告訴您計劃的福利和您的權利。您加入本計劃期間，我們每年都 必須把您的權利告訴您。

- 要以您能了解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計劃有專人能用各種語言回答您的疑問。

  - 本計劃也能向您提供英語以外其他語言的資料，並以大字體、盲人點字或語音等格式提供資料。在Los Angeles縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、中文、亞美尼亞文、俄羅斯文、塔加洛文、韓文、法爾西文、阿拉伯文和柬埔寨文。在San Diego縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、塔加洛文和阿拉伯文。您可來電Care1st Cal MediConnect Plan會員服務部，要求收到英語以外其他語言和／或其他格式的
    資料。您可以立即或在日後申請獲得英語以外的其他語言版本或備選格式的材料。如需申請，請聯絡第一健保(Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan)會員服務部。

  - 如果您因為語言方面的問題或因為殘疾而無法自本計劃取得資訊，而您希望提出投訴，請致電聯邦醫療保健計劃(Medicare)，電話1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。每週七天辦公，每天24小時。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。關於Medi-Cal福利，如果健保計劃拒絕、縮減或終止您認為您應該可取得的服務時，您也可要求舉行州公平聽證會。如欲要求舉行Medi-Cal州公平聽證會和提出投訴，請致電1-800-952-5253。聽障和語障人士可致電1-800-952-8349。

- Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách thức quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, vui lòng gọi ban Dịch vụ hội viên. Chương trình của chúng tôi có các nhân viên có thể trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.

  - Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và dưới các dạng như bản in cỡ lớn,

chữ nổi braille hoặc âm thanh. Đối với Quận Los Angeles, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Hoa, tiếng Armenia, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Hàn, tiếng Farsi, tiếng Ả-rập và tiếng Cam-pu-chia. Đối với Quận San Diego, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Tagalog và tiếng Ả-rập. Quý vị cũng có thể yêu cầu nhận các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và/hoặc dưới dạng khác bằng cách gọi cho ban Phục vụ hội viên của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- Nếu quý vị đang gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì các vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần. Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048. Đối với các quyền lợi Medi-Cal, quý vị cũng có thể yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang nếu các chương trình bảo hiểm y tế từ chối, giảm trừ hoặc chấm dứt các dịch vụ quý vị nghĩ rằng quý vị sẽ nhận được. Để yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang Medi-Cal và nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi số 1-800-952-5253. Người dùng TTY cần gọi số 1-800-952-8349.

- Մենք ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին Ձեզ պետք է տեղեկացնենք Ձեզ հասկանալի եղանակով: Մենք Ձեր իրավունքների մասին Ձեզ պետք է տեղեկացնենք ամեն տարի, որ գտնվում եք մեր ծրագրում:

- Ձեզ հասկանալի եղանակով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկում: Մեր ծրագրում կան անձեր, ովքեր հարցերին կարող են պատասխանել տարբեր լեզուներով:

  - Մեր ծրագիրը կարող է նյութերը Ձեզ տալ նաև անգլերենից տարբեր լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպես՝ խոշոր տպատառերով, Բրայլյան այբուբենով կամ ձայնագրված: Լոս Անջելես վարչաշրջանի համար նյութերը տրամադրելի են իսպաներենով, վիետնամերենով, չինարենով, հայերենով, ռուսերենով, տագալերենով, կորեերենով, պարսկերենով, արաբերենով և կամբոջերենով: Սան Դիեգո վարչաշրջանի համար նյութերը տրամադրելի են իսպաներենով, վիետնամերենով, տագալերենով և արաբերենով: Կարող եք նյութերը անգլերենից տարբեր լեզուներով և/կամ այլընտրական ձևաչափով ստանալու խնդրանք ներկայացնել զանգահարելով Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ծրագրի Անդամների սպասարկում:

  - Եթե դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալ լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով և ուզում եք գանգատ ներկայացնել, զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227) համարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 համարով: Medi-Cal-ի նպաստների համար, կարող եք նաև Նահանգային արդար լսում խնդրել, եթե առողջապահական ծրագիրը մերժի, նվազեցնի կամ դադարեցնի ծառայություններ, որոնք կարծում եք, որ պետք է ստանաք: Medi-Cal-ի Նահանգային արդար լսում խնդրելու և գանգատ ներկայացնելու համար, զանգահարեք 1-800-952-5253 համարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-952-8349 համարով:

- Мы обязаны рассказать вам в понятной для вас форме о преимуществах плана и ваших правах. Мы обязаны рассказывать вам о ваших правах ежегодно на протяжении вашего участия в нашем плане.
- Позвоните в Отдел обслуживания участников (Customer Care) для получения информации в понятной для вас форме. Сотрудники нашего плана могут ответить на ваши вопросы на разных языках.
  - Наш план может также предоставить вам материалы на других языках, помимо английского, напечатанные крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудио формате. Для округа Лос-Анджелес материалы доступны на испанском, вьетнамском, китайском, армянском, русском, тагальском, корейском, языке фарси, арабском и камбоджийском языках. Для округа Сан-Диего материалы доступны на испанском, вьетнамском, тагальском и арабском языках. Вы можете подать запрос на получение материалов на других языках, помимо английского, и/или в альтернативном формате, позвонив в Отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
  - Если у вас возникают проблемы с получением информации от нашего плана из-за языковых проблем или в связи с ограниченными возможностями, и Вы хотите подать жалобу, позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить по этому номеру 24 часа в сутки, без выходных. Пользователям линии TTY следует обращаться по номеру 1-877-486-2048. Одним из преимуществ программы Medi-Cal является то, что вы всегда можете подать запрос о проведении Объективного слушания дела на уровне штата (State Hearing), если план медицинского страхования отказывается от предоставления услуг, сокращает или прекращает предоставление услуг, которые, на ваш взгляд, должны быть вам предоставлены. Для подачи запроса о проведении Объективного слушания дела на уровне штата и обращения с жалобой звоните по номеру 1-800-952-5253.

Пользователям линии TTY следует обращаться по номеру 1-800-952-8349.

- Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang iyong mga karapatan sa paaraang mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taon na ikaw ay nasa aming plano.
- Upang makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga tauhan na makakasagot ng iyong mga tanong sa iba't ibang wika.
  - Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa iba't ibang wika maliban sa Ingles at sa mga format na tulad ng malaking print, braille o audio. Para sa Los Angeles County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Chinese, Armenian, Russian, Tagalog, Korean, Farsi, Arabic at Cambodian. Para sa San Diego County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Tagalog, Hmong at Arabic. Maaari kang maghain ng kahilingan para makatanggap ng mga materyal sa iba't ibang wika maliban sa Ingles at/o sa alternatibong format sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
  - Kung nagkakaroon ka ng problema sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa mga benepisyo ng Medi-Cal, maaari ka ring humiling para sa isang Patas na Pagdinig ng Estado kung tinanggihan, binawasan o tinapos ng planong pangkalusugan ang mga serbisyo na sa palagay mo ay dapat mong matanggap. Upang humiling sa Medi-Cal ng Patas na Pagdinig ng Estado at maghain ng reklamo, tumawag sa 1-800-952-5253. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-952-8349.

- 저희는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 귀하의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다. 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 매년 귀하의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다.
- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으시려면 가입자 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜에는 여러 가지 언어로 질문에 답변할 수 있는 직원들이 있습니다.
  - 저희 플랜은 또한 영어 이외의 언어로 된 자료 및 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 된 자료를 귀하에게 제공할 수 있습니다.

로스앤젤레스 카운티의 경우 자료들은 스페인어, 베트남어, 중국어, 아르메니아어, 러시아어, 타갈로그어, 한국어, 페르시아어, 아랍어 및 캄보디아어로 이용할 수 있습니다. 샌디에고 카운티의 경우 자료들은 스페인어, 베트남어, 타갈로그어 및 아랍어로 이용할 수 있습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan가입자 서비스에 전화하시면 영어 이외의 언어로 된 자료 및/또는 다른 형식으로 된 자료를 요청하실 수 있습니다.

- 언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 받는데 문제가 있고 이에 대한 불만을 접수하시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 Medicare에 전화하십시오. 주 7일, 24시간 동안 언제든지 전화하실 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. Medi-Cal 혜택의 경우 귀하가 받아야 한다고 생각하는 서비스를 건강보험에서 거부, 축소 또는 종료한 경우 귀하는 주정부 공정심의회를 요청하실 수 있습니다. 주정부 공정심의회 요청 및 불만 접수를 하시려면 1-800-952-5253번으로 전화하십시오. TTY 이용자는 1-800-952-8349 번으로 전화하십시오.

ما باید موضوعات مربوط به مزایای برنامه درمانی و حقوق شما را به صورتی بیان کنیم که برایتان قابل فهمیدن باشد. ما باید حقوق شما را در هر سالی که در برنامه درمانی عضویت دارید برایتان توضیح دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به صورتیکه برایتان قابل فهمیدن باشد، با خدمات اعضا تماس بگیرید. برنامه درمانی ما اشخاصی را در استخدام دارد که می توانند به سؤالات به زبان های گوناگون پاسخ دهند.
- برنامه درمانی ما می تواند اطلاعات را به زبان هایی به غیر از انگلیسی و به فرمت هایی از قبیل چاپ درشت، بریل یا صوتی نیز به شما ارائه کند. برای کانتی لس آنجلس، اطلاعات به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، چینی، ارمنی، روسی، تاگالوگ، کره ای، فارسی، عربی و کامبوجی موجود هستند. برای کانتی سن دیاگو، اطلاعات به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، تاگالوگ و عربی موجود می باشند. توسط تماس با خدمات اعضای Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan می توانید درخواست کنید که نشریات را به زبان های دیگری به غیر از انگلیسی و/یا فرمت متفاوتی دریافت کنید.
- اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکلی مواجه هستید و می خواهید شکایتی را تسلیم کنید، باMedicare به شماره(1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. می توانید در 24 ساعت شبانروز و هفت روز هفته تماس بگیرید. کاربرانTTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای مزایای Medi-Cal، اگر برنامه درمانی از ارائه خدماتی که فکر می کنید باید دریافت کنید امتناع کرد، آنها را کاهش یا خاتمه داد، می توانید برای دادرسی عادلانه ایالتی نیز درخواست کنید. برای درخواست دادرسی عادلانه ایالتیMedi-Cal و تسلیم شکایت، با شماره 1-800-952-5253 تماس بگیرید. کاربرانTTY باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند.

យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់គំរោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នក ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ថាអ្នកនៅក្នុងគំរោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលព័ត៌មាន ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។ គំរោងរបស់យើងមានមនុស្សដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។

- គំរោងរបស់យើង ក៏អាចឲ្យសំភា:ទៅអ្នក ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីអង់គ្លេស និងជាទំរង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរប្រ៊ាល ឬថាសសំឡេងជងដែរ។ សំរាប់ខោនធី Los Angeles សំភារ:គឺមានជា ភាសាអេស្ប៉ាញ៉ុល,រៀតណាម, ចិន, អាមេនី, រូស្ស៊ី, តាហ្គាឡក, កូរេ, ហ្វាស៊ី, អារ៉ាប់, និង ខ្មែរ។ សំរាប់ខោនធី San Diego សំភារ:គឺមានជាភាសាអេស្ប៉ាញ៉ុល, រៀតណាម, តាហ្គាឡក, និង អារ៉ាប់។ អ្នកអាចស្នើសុំទទួលសំភារ:ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីអង់គ្លេស និង/ឬ ជាទំរង់ផ្សេងទៀត ដោយទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

- បើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលព័ត៌មានពីគំរោងរបស់យើង ពីព្រោះបញ្ហាខាងភាសា ឬភាពពិការ ហើយអ្នក ចង់ប្តឹងបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-877-486-2048។ សំរាប់ អត្តប្រយោជន៍ Medi-Cal អ្នកក៏អាចស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ជងដែរ បើគំរោងសុខភាព បដិសេធ កាត់បន្ថយ ឬបញ្ចប់សេវា ដែលអ្នកគិតថាអ្នកគួរតែទទួល។ ដើម្បីស្នើសុំរដ្ឋសវនាការយុត្តិធម៌ Medi-Cal និងប្តឹងបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-952-5253។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-800-952-8349។

يجب علينا إخبارك بمزايا الخطة وبحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب علينا إخبارك بحقوقك في كل سنة تشترك فيها في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. تتضمن الخطة أشخاصًا يمكنهم الإجابة على الاستفسارات بمختلف اللغات.
- يمكن أن توفر الخطة أيضًا موادًا بلغات مختلفة خلاف اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل، الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو كمواد سمعية. وبالنسبة لمقاطعة لوس أنجلوس، تتوفر المواد باللغات الإسبانية والفيتنامية والصينية والأرمينية والروسية والتاجالوجية والكورية والفارسية والعربية والكمبودية. وبالنسبة لمقاطعة سان دييغو، تتوفر المواد باللغات الإسبانية والفيتنامية والتاجالوجية والعربية. ويمكنك تقديم طلب للحصول على المواد بلغات أخرى خلاف اللغة الإنجليزية و/أو بالتنسيقات البديلة عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء التابع لخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- الاتصال إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على المعلومات من الخطة بسبب مشاكل اللغة أو الإعاقة وترغب في تقديم شكوى، يُرجى ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE.ويرجى العلم بأنَّ إمكانية الاتصال متاحة على مدار 24 ساعة ولمدة 7 ايام في الاسبوع. (TTY)وعلى مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. وبالنسبة للمشاكل المتعلقة بمزايا برنامج Medi-Cal، يمكنك أيضًا طلب عقد جلسة استماع عادلة بالولاية إذا قامت الخطة برفض أو تخفيض أو إيقاف توفير خدمات تعتقد بأنَّه يحق لك الحصول عليها. ولطلب عقد جلسة استماع عادلة بالولاية خاصة ببرنامج Medi-Cal وتقديم شكوى، يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-952-5253. وعلى مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-952-8349.

B. Chúng tôi có trách nhiệm bảo đảm quý vị sẽ nhận được kịp thời các dịch vụ và thuốc men được bảo hiểm

Nếu quý vị không thể nhận được các dịch vụ trong khoảng thời gian hợp lý, chúng tôi sẽ phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.

Là hội viên của chương trình chúng tôi:

- Quý vị có quyền chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) cho mình trong mạng lưới của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp có cộng tác với chúng tôi. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về kiểu nhà cung cấp nào có thể đóng vai trò là PCP và cách chọn PCP ở Chương 3, Phần D.
    - Xin gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc xem trong *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* để tìm hiểu thêm về nhà cung cấp trong mạng lưới và biết bác sĩ nào đang nhận bệnh nhân mới.
- Phụ nữ có quyền thăm khám tại bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ mà không cần phải xin giấy giới thiệu. Giấy giới thiệu là chấp thuận từ PCP để thăm khám người khác không phải PCP của quý vị.
- Quý vị có quyền nhận dịch vụ được bảo hiểm của nhà cung cấp trong mạng lưới trong một khoảng thời gian hợp lý.
    - Điều này bao gồm quyền nhận các dịch vụ kịp thời từ bác sĩ chuyên khoa.
- Quý vị có quyền được nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết mà không cần phải được chấp thuận trước.
- Quý vị có quyền được mua thuốc toa tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không phải chờ lâu.
- Quý vị có quyền được biết khi nào quý vị có thể được thăm khám tại nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu về các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, xem Chương 3 Mục D.
- Khi mới tham gia chương trình chúng tôi, quý vị có quyền được sử dụng nhà cung cấp hiện tại và giấy cho phép sử dụng dịch vụ của quý vị trong tối đa 12 tháng nếu thỏa mãn một số điều kiện nào đó. Để tìm hiểu thêm về việc tiếp tục sử dụng nhà cung cấp dịch vụ hiện tại và giấy cho phép sử dụng dịch vụ của quý vị, xem Chương 1 Mục F.
- Quý vị có quyền tự điều khiển việc chăm sóc cho mình với sự trợ giúp của đội ngũ chăm sóc và Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe của quý vị.

Chương 9 Mục A và B cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu quý vị nghĩ rằng quý vị không nhận được dịch vụ hay thuốc trong một khoảng thời gian hợp lý. Chương 9 Mục E đến J cũng cho biết

quý vị có thể làm gì nếu chúng tôi từ chối bảo hiểm cho dịch vụ hoặc thuốc của quý vị và quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

C. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc duy trì quyền riêng tư và bảo mật để bảo vệ Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ của quý vị (PHI)

Chúng tôi bảo mật cho thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị theo yêu cầu của luật pháp liên bang và tiểu bang.

PHI của quý vị gồm có những thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi khi ghi danh vào chương trình này. Thông tin đó cũng bao gồm cả hồ sơ y tế và các thông tin y tế và sức khỏe khác của quý vị.

Quý vị có quyền được cung cấp thông tin và được điều khiển cách sử dụng PHI của quý vị. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản về các quyền này và cho biết chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư và PHI của quý vị như thế nào. Thông báo đó được gọi là "Thông báo về việc Thực hành Quyền riêng tư."

C1. Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị như thế nào

Chúng tôi bảo đảm để người không được phép sẽ không được xem hoặc thay đổi hồ sơ của quý vị.

Trong hầu hết mọi trường hợp, chúng tôi sẽ không cung cấp PHI của quý vị cho bất kỳ ai không cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị hoặc thanh toán dịch vụ chăm sóc cho quý vị, luật pháp yêu cầu nhận PHI của quý vị, hoặc quý vị hoặc đại diện hợp pháp của quý vị cho phép. Khi làm việc này, chúng tôi phải xin quý vị cho phép trước bằng văn bản. Văn bản cho phép phải được viết bởi quý vị hoặc người khác được trao quyền hợp pháp để được ra quyết định thay cho quý vị.

Có một số trường hợp nào đó chúng tôi không phải xin quý vị cho phép trước bằng văn bản. Các ngoại lệ này được cho phép hoặc yêu cầu theo pháp luật. Để có danh sách đầy đủ, vui lòng xem Thông báo Thực hiện Quyền riêng tư.

- Chúng tôi được yêu cầu cung cấp PHI cho các cơ quan chính phủ kiểm tra chất lượng việc chăm sóc của chúng tôi.
- Chúng tôi buộc phải chia sẻ thông tin sức khỏe để giúp đỡ về vấn đề sức khoẻ cộng đồng và an toàn.
- Chúng tôi được yêu cầu cung cấp PHI theo lệnh của tòa án hoặc lệnh hành chính.
- Chúng tôi được yêu cầu tiết lộ PHI cho cơ quan có thẩm quyền để báo cáo những nghi ngờ về ngược đãi hoặc bỏ bê người cao tuổi để xác định nạn nhân nghi ngờ bị ngược đãi, bỏ bê, hoặc bạo lực gia đình.

- Chúng tôi phải cung cấp cho Medicare PHI của quý vị. Nếu Medicare cung cấp PHI của quý vị cho việc nghiên cứu hoặc sử dụng khác, họ sẽ phải thực hiện theo luật pháp của liên bang.

C2. Quý vị có quyền xem các hồ sơ y khoa của mình

- Quý vị có quyền được xem hồ sơ y tế của quý vị và nhận bản sao hồ sơ của quý vị. Chúng tôi sẽ cung cấp bản sao hoặc bản tóm tắt hồ sơ sức khoẻ và yêu cầu bồi thường của quý vị, thường là trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị yêu cầu. Chúng tôi được phép tính quý vị một khoản lệ phí hợp lý, dựa trên chi phí cho bản sao hồ sơ y tế của quý vị.

- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi chỉnh sửa hồ sơ sức khoẻ và yêu cầu bồi hoàn của quý vị nếu quý vị cho rằng chúng không chính xác hoặc không đầy đủ. Chúng tôi có thể nói "không" với yêu cầu của quý vị, nhưng chúng tôi sẽ cho quý vị biết lý do bằng văn bản trong vòng 60 ngày.

- Quý vị có quyền biết liệu PHI đã được chia sẻ với người hay không và theo cách nào khác bằng cách yêu cầu một danh sách hoặc tính toán về những lần chúng tôi đã chia sẻ thông tin y tế của quý vị trong sáu năm trước ngày quý vị hỏi chúng tôi đã chia sẻ với ai và lý do tại sao. Chúng tôi sẽ đưa vào tất cả các tiết lộ ngoại trừ những tiết lộ về điều trị, thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khoẻ và một số tiết lộ khác (chẳng hạn như bất kỳ yêu cầu nào chúng tôi làm). Chúng tôi sẽ cung cấp một lần hạch toán mỗi năm miễn phí nhưng sẽ tính lệ phí hợp lý, dựa trên chi phí nếu quý vị yêu cầu một hạch toán khác trong vòng 12 tháng.

C3. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị theo một cách cụ thể hoặc gửi thư đến địa chỉ khác.

- Quý vị có quyền yêu cầu Liên lạc Bí mật.

- Chúng tôi có thể nói "không" với yêu cầu của quý vị, nhưng chúng tôi sẽ cho quý vị biết lý do tại sao bằng văn bản trong vòng 60 ngày.

C4. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi hạn chế những thứ chúng tôi sử dụng và chia sẻ

- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khoẻ nào đó để điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động của chúng tôi.

- Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị, và chúng tôi có thể nói "không" nếu nó sẽ ảnh hưởng đến việc chăm sóc của quý vị.

C5. Quý vị có quyền chọn ai đó để làm thay quý vị

- Nếu quý vị đã trao cho ai đó một Giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe hoặc nếu ai đó là người giám hộ hợp pháp của quý vị, người đó có thể thực hiện quyền của quý vị và lựa chọn thông tin sức khoẻ của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo lắng gì về quyền riêng tư của PHI của mình, hãy gọi cho Văn phòng Quyền riêng tư của Blue Shield of California theo số 1-888-266-8080.

D. Chúng tôi có trách nhiệm cung cấp thông tin cho quý vị về chương trình của chúng tôi, nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi, và các dịch vụ được bảo hiểm

Là hội viên Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, quý vị có quyền được chúng tôi cung cấp thông tin. Nếu quý vị không nói được Tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ thông dịch để trả lời tất cả các câu hỏi mà quý vị có thể có về chương trình sức khỏe của chúng tôi. Để yêu cầu thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần. Dịch vụ này được miễn phí cho quý vị. *Sổ tay Hội viên* và các văn bản quan trọng khác được cung cấp bằng những ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh. Các tài liệu có thể được cung cấp bằng Tiếng Tây Ban Nha, Việt Nam, Ả Rập, Trung Hoa, Armenia, Nga, Tagalog, Hàn Quốc, Farsi, Hmong và Campuchia. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin dạng bản in chữ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh.

Nếu quý vị muốn thông tin về bất kỳ nội dung nào sau đây, gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng:

- Cách chọn hoặc thay đổi chương trình
- Chương trình của chúng tôi, bao gồm:
  - Thông tin tài chính
  - Hội viên chương trình sắp hạng cho chúng tôi như thế nào
  - Số vụ kháng cáo do hội viên thực hiện
  - Cách rời khỏi chương trình của chúng tôi
- Nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, gồm có:
  - Cách chọn và thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính
  - Trình độ chuyên môn của các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

  - Chúng tôi thanh toán cho các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi như thế nào

- Các dịch vụ và thuốc được bảo hiểm và các quy định mà quý vị phải tuân thủ, gồm có:
  - Các dịch vụ và thuốc được chương trình chúng tôi bảo hiểm
  - Các giới hạn cho bảo hiểm và thuốc của quý vị
  - Các quy định mà quý vị phải tuân thủ để được nhận dịch vụ và thuốc được bảo hiểm
- Tại sao một mục nào đó lại không được bảo hiểm và quý vị có thể làm gì về mục đó, bao gồm yêu cầu chúng tôi:
  - Giải thích bằng văn bản tại sao một mục nào đó lại không được bảo hiểm
  - Thay đổi quyết định mà chúng tôi đã đưa ra
  - Thanh toán cho một hóa đơn mà quý vị đã nhận được

E. Nhà cung cấp trong mạng lưới không thể gửi hóa đơn trực tiếp cho quý vị

Các bác sĩ, bệnh viện, và nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chúng tôi không được bắt quý vị thanh toán cho các dịch vụ được bảo hiểm. Họ cũng không được bắt quý vị trả khi chúng tôi trả tiền cho họ thấp hơn mức phí của nhà cung cấp dịch vụ đó. Để biết những gì cần làm nếu nhà cung cấp trong mạng lưới cố gắng tính phí cho quý vị các dịch vụ được bảo hiểm, xem Chương 7.

F. Quyền rời khỏi Cal MediConnect Plan của quý vị

Không ai được phép bắt quý vị phải ở lại trong chương trình chúng tôi nếu quý vị không muốn.

- Quý vị có quyền được sử dụng chương trình Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage để có được dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt nhất cho mình.
- Quý vị có thể nhận phúc lợi thuốc toa Medicare Phần D của quý vị qua một chương trình thuốc toa hoặc một chương trình Medicare Advantage.
- Xem Chương 10 để biết thêm thông tin về khi nào quý vị có thể tham gia chương trình Medicare Advantage hoặc quyền lợi thuốc theo toa mới.
- Quyền lợi Medi-Cal sẽ tiếp tục được cung cấp qua Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan nếu quý vị không chọn một chương trình khác được cung cấp tại quận này.

G. Quý vị có quyền ra quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho mình

G1. Quý vị có quyền được biết các lựa chọn điều trị của mình và quyết định việc chăm sóc sức khỏe của quý vị

Quý vị có quyền được các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác cung cấp đầy đủ thông tin khi quý vị nhận dịch vụ. Nhà cung cấp của quý vị phải giải thích bệnh trạng và các lựa chọn điều trị của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Quý vị có quyền:

- **Biết rõ các lựa chọn của quý vị.** Quý vị có quyền được cho biết về tất cả các loại biện pháp điều trị.
- **Biết các nguy cơ.** Quý vị có quyền được cho biết về mọi nguy cơ có thể gặp. Quý vị phải được cho biết trước nếu bất kỳ dịch vụ hoặc việc điều trị nào có nằm trong một chương trình thí nghiệm nghiên cứu. Quý vị có quyền từ chối việc điều trị thí nghiệm.
- **Nhận ý kiến thứ hai.** Quý vị có quyền được thăm khám tại một bác sĩ khác nữa rồi mới ra quyết định về việc điều trị.
- **Nói "không.**" Quý vị có quyền từ chối bất kỳ phương thức điều trị nào. Quyền đó cũng bao gồm cả việc quý vị có thể rời khỏi bệnh viện hay cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ của quý vị khuyên không nên làm như vậy. Quý vị cũng có quyền ngưng sử dụng một loại thuốc được chỉ định. Nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngưng sử dụng một loại thuốc được chỉ định, quý vị sẽ không bị loại khỏi chương trình của chúng tôi. Tuy nhiên, khi quý vị từ chối điều trị hoặc ngưng sử dụng một loại thuốc, thì quý vị phải hoàn toàn chịu trách nhiệm về những gì sẽ xảy ra cho quý vị.
- **Yêu cầu chúng tôi giải thích tại sao nhà cung cấp dịch vụ lại từ chối chăm sóc.** Quý vị có quyền được chúng tôi giải thích khi nhà cung cấp dịch vụ từ chối việc chăm sóc mà quý vị tin là mình cần.
- **Yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc thuốc đã bị từ chối hoặc thường không được bảo hiểm.** Việc này được gọi là yêu cầu ra "quyết định bảo hiểm." Chương 9 các Mục D, E, và F cho biết phải làm sao để yêu cầu chương trình ra quyết định bảo hiểm.

G2. Quý vị có quyền cho biết quý vị muốn phải làm sao khi quý vị không thể tự quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị

Có những lúc người ta không thể tự quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho mình. Trước khi việc này xảy ra, quý vị có thể:

- Điền vào một mẫu văn bản để **trao quyền cho một người khác đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị**.

- **Cung cấp cho bác sĩ của quý vị các hướng dẫn bằng văn bản** về cách thức quý vị muốn họ xử lý việc chăm sóc sức khỏe của quý vị nếu như quý vị không thể tự mình đưa ra được quyết định cho bản thân.

Các tài liệu hợp pháp mà quý vị có thể sử dụng để đưa ra các chỉ thị của mình được gọi là chỉ dẫn trước. Có nhiều loại chỉ thị trước khác nhau và tên gọi khác nhau cho các chỉ thị đó. Ví dụ như sinh chúc thư (living will) và ủy quyền chăm sóc sức khỏe (power of attorney for health care).

Quý vị không bị bắt buộc phải dùng chỉ thị trước, nhưng quý vị có thể làm nếu quý vị muốn. Sau đây là những việc cần làm:

- **Lấy các đơn.** Quý vị có thể xin mẫu giấy này tại bác sĩ, luật sư, cơ quan dịch vụ pháp lý, hoặc cán sự xã hội. Các tổ chức cung cấp thông tin về Medicare hoặc Medi-Cal, chẳng hạn Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) cũng có thể có mẫu chỉ thị trước. Quý vị cũng có thể liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng để xin mẫu giấy này.
- **Điền và ký tên vào biểu mẫu.** Giấy này là một văn bản pháp luật. Quý vị nên cân nhắc nhờ luật sư soạn thảo cho quý vị.
- **Cung cấp bản sao cho những người cần biết về nó.** Quý vị nên trao cho bác sĩ một bản sao. Quý vị cũng nên trao một bản sao cho người mà quý vị đã chỉ định để quyết định thay cho quý vị. Nếu muốn, quý vị cũng có thể trao cho bạn thân hoặc thành viên gia đình bản sao của giấy. Bảo đảm quý vị đã lưu giữ một bản sao tại nhà.
- Nếu quý vị sắp phải nằm viện và quý vị đã ký vào một bản chỉ dẫn trước, **hãy mang theo một bản sao của nó đến bệnh viện**.
    - Bệnh viện sẽ hỏi quý vị xem quý vị có làm giấy chỉ thị trước hay chưa và quý vị có mang theo giấy đó không.
    - Nếu quý vị chưa ký vào mẫu chỉ dẫn trước, bệnh viện có sẵn các mẫu và sẽ hỏi xem quý vị có muốn ký vào đó hay không.

Xin nhớ rằng, làm giấy chỉ thị trước hay không làm là quyền của quý vị.

G3. Cần làm gì nếu không tuân thủ các hướng dẫn của quý vị

Nếu quý vị đã làm giấy chỉ thị trước, và quý vị tin rằng bác sĩ hoặc bệnh viện đã không thực hiện theo chỉ thị của quý vị ghi trong giấy, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Chương trình Livanta BFCC-QIO, Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization - QIO), của tiểu bang California, theo số 1-877-588-1123 (TTY: 711 hoặc 1-855-887-6668).

H. Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi

Chương 9 Mục từ D đến F cho biết quý vị có thể làm gì nếu quý vị gặp bất kỳ vấn đề hay lo lắng gì về dịch vụ được bảo hiểm hoặc chăm sóc của quý vị. Ví dụ, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm, kháng cáo để thay đổi quyết định bảo hiểm, hoặc khiếu nại.

Quý vị có quyền được cung cấp thông tin về việc kháng cáo và khiếu nại của các hội viên khác về chương trình của chúng tôi. Để nhận thông tin này, hãy gọi bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

H1. Những gì cần làm nếu quý vị nghĩ rằng mình bị đối xử không công bằng hoặc quý vị muốn thêm thông tin về quyền của quý vị

Nếu quý vị tin rằng mình đã bị đối xử bất công– và điều đó **không** phải là về việc bị phân biệt đối xử vì những lý do nêu tại tại Chương 11 - hoặc quý vị muốn thêm thông tin về quyền của mình, quý vị có thể xin trợ giúp bằng cách gọi:

- bộ phận Chăm sóc Khách hàng
- Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling & Advocacy Program - HICAP). Để biết thông tin chi tiết về tổ chức này và làm sao để liên hệ với họ, xin xem tại Chương 2 Mục E.
- Chương trình Thanh tra Cal MediConnect. Để biết thông tin chi tiết về tổ chức này và làm sao để liên hệ với họ, xin xem tại Chương 2 Mục I.
- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. (Quý vị cũng có thể đọc hoặc tải về "Quyền lợi & Bảo vệ của Medicare," có trên trang web của Medicare tại địa chỉ www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình

Là hội viên của chương trình, quý vị có trách nhiệm thực hiện những điều được liệt kê sau đây. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, xin gọi bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

- **Đọc *Sổ tay Hội viên*** để biết những gì được bảo hiểm và các quy định quý vị cần tuân thủ để nhận được các dịch vụ và thuốc được bảo hiểm. Để biết chi tiết về:
  - Các dịch vụ được bảo hiểm, xem Chương 3 và 4. Những chương này sẽ cho quý vị biết những gì được bảo hiểm, những gì không được bảo hiểm, quy định nào mà quý vị phải tuân thủ, và quý vị phải trả tiền như thế nào.
  - Các thuốc được bảo hiểm, xem Chương 5 và 6.
- **Nói cho chúng tôi biết về bất kỳ bảo hiểm nào về sức khỏe hoặc thuốc kê toa khác** quý vị có. Chúng tôi được yêu cầu bảo đảm cho quý vị được dùng tất cả các

lựa chọn bảo hiểm của quý vị khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Xin gọi bộ phận Chăm sóc Khách hàng nếu quý vị có bảo hiểm khác.

- **Hãy cho bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị** biết rằng quý vị đang được ghi danh vào chương trình chúng tôi. Hãy xuất trình thẻ hội viên (ID card) mỗi lần quý vị nhận dịch vụ hoặc mua thuốc toa.
- **Giúp bác sĩ** và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị chăm sóc tốt nhất cho quý vị.
  - Cung cấp cho họ thông tin mà họ cần về quý vị và sức khỏe của quý vị. Tìm hiểu càng nhiều càng tốt về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Tuân thủ kế hoạch điều trị và các hướng dẫn mà quý vị và nhà cung cấp dịch vụ của quý vị đã thống nhất với nhau.
  - Bảo đảm bác sĩ và các nhà cung cấp khác của quý vị được biết về tất cả các thuốc mà quý vị đang dùng. Các thuốc đó gồm có thuốc theo toa, thuốc mua không cần toa, vitamin, và thuốc bổ.
  - Nếu quý vị có bất cứ thắc mắc nào, xin cứ nêu câu hỏi. Bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị phải giải thích mọi việc theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Nếu quý vị hỏi một câu mà quý vị không hiểu được câu trả lời, hãy hỏi lại.
- **Hãy tôn trọng người khác.** Chúng tôi mong muốn tất cả các hội viên tôn trọng quyền của các bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng yêu cầu quý vị cư xử một cách tôn trọng tại văn phòng bác sĩ của quý vị, bệnh viện, và văn phòng của các nhà cung cấp dịch vụ khác.
- **Trả số tiền quý vị nợ.** Là hội viên chương trình, quý vị chịu trách nhiệm về các khoản thanh toán sau:
  - Phí bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B. Với hầu hết các hội viên của Chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, Medi-Cal thanh toán phí bảo hiểm Phần A và phí bảo hiểm Phần B của quý vị.
  - Đối với một số dịch vụ và hỗ trợ dài hạn hoặc thuốc của quý được chương trình bảo hiểm, quý vị phải thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị nhận dịch vụ hoặc thuốc đó. Khoản này sẽ là đồng thanh toán (số tiền cố định) **hoặc** đồng bảo hiểm (tỷ lệ phần trăm của tổng chi phí). Chương 4 cho biết những gì quý vị phải trả cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của mình. Chương 6 Mục D sẽ cho biết quý vị phải trả gì cho thuốc của quý vị.
  - **Nếu quý vị sử dụng dịch vụ hoặc thuốc nào mà không được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí.** Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi không bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc

loại thuốc nào đó, quý vị có thể kháng cáo. Vui lòng xem Chương 9 Mục D - J để tìm hiểu thêm về cách kháng cáo.

- **Thông báo cho chúng tôi nếu quý vị chuyển chỗ ở.** Khi quý vị định chuyển nhà, điều quan trọng là quý vị phải cho chúng tôi biết ngay. Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng.
  - **Nếu quý vị dọn ra khỏi khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục ở lại với chương trình này.** Chỉ những người sống tại khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi mới được tham gia Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Chương 1 Mục D cho biết về khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi.
  - Chúng tôi có thể giúp quý vị xác định được xem liệu quý vị có đang chuyển chỗ ở ra bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi hay không. Trong một giai đoạn ghi danh đặc biệt nào đó, quý vị có thể chuyển sang Original Medicare hoặc ghi danh vào một chương trình sức khỏe Medicare hay thuốc toa nào đó tại nơi ở mới của quý vị. Chúng tôi có thể cho quý vị biết liệu chúng tôi có chương trình trong khu vực mới của quý vị hay không.
  - Ngoài ra, cũng xin quý vị nhớ báo cho Medicare và Medi-Cal biết địa chỉ mới của quý vị khi quý vị chuyển nhà. Xem Chương 2 các Mục G và H để biết số điện thoại của Medicare và Medi-Cal.
  - **Nếu quý vị chuyển nhà trong khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi, quý vị vẫn cần phải báo cho chúng tôi biết.** Chúng tôi cần phải giữ cho hồ sơ hội viên của quý vị được cập nhật và biết phải làm sao để liên hệ với quý vị.
- Gọi bộ phận Chăm sóc Khách hàng để được trợ giúp nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại.

Chương 9: Phải làm sao khi quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Giới thiệu

Chương này có thông tin về các quyền của quý vị. Hãy đọc chương này để biết phải làm gì khi:

- Quý vị gặp một vấn đề hoặc muốn khiếu nại về chương trình chúng tôi.
- Quý vị cần dịch vụ, khoản mục, hoặc thuốc mà chương trình chúng tôi nói là sẽ không thanh toán.
- Quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình về việc chăm sóc của quý vị.
- Quý vị nghĩ các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị được kết thúc quá sớm.
- Quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại về dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của quý vị, bao gồm Chương trình Dịch vụ Người Cao niên Đa Mục đích (Multipurpose Senior Services Program - MSSP), Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (Community-Based Adult Services - CBAS), và dịch vụ của Cơ sở Điều dưỡng (Nursing Facilities - NF).

Nếu quý vị có một vấn đề hoặc lo ngại, quý vị chỉ cần đọc các phần của chương này áp dụng cho trường hợp của quý vị. Chương này được chia làm nhiều mục khác nhau giúp quý vị dễ tìm được thông tin cần tìm.

Nếu quý vị gặp vấn đề về sức khỏe hoặc dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của quý vị

Quý vị sẽ nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thuốc men, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn mà bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ khác xác định là cần thiết cho việc chăm sóc quý vị theo kế hoạch chăm sóc của quý vị. **Nếu quý vị gặp vấn đề về chăm sóc của quý vị, quý vị có thể gọi cho Chương trình Cal MediConnect Ombuds theo số 1-855-501-3077 để xin trợ giúp.** Chương này sẽ cho biết các lựa chọn khác nhau mà quý vị dùng cho các vấn đề và khiếu nại khác nhau, nhưng quý vị luôn có thể gọi cho Chương trình Cal MediConnect Ombuds để xin họ chỉ dẫn cho quý vị giải quyết vấn đề. Để biết các nguồn lực bổ sung xử lý các quan ngại và cách liên lạc với họ, xem Chương 2 để biết thêm chi tiết về các chương trình thanh tra.

Mục lục

A. Phải làm sao khi quý vị gặp vấn đề 180

A1. Về các thuật ngữ pháp lý 180

B. Nơi nào nên gọi nhờ giúp đỡ 180

B1. Nơi nhận thêm thông tin và trợ giúp 180

C. Gặp vấn đề về Quyền lợi của quý vị 182

C1. Sử dụng quy trình cho quyết định bảo hiểm và kháng cáo hoặc để khiếu nại 182

D. Quyết định bảo hiểm và kháng cáo 182

D1. Tổng quan về quyết định bảo hiểm và kháng cáo 182

D2. Xin trợ giúp về quyết định bảo hiểm và kháng cáo 183

D3. Sử dụng mục nào của chương này sẽ giúp quý vị 184

E. Vấn đề về các dịch vụ, vật dụng và thuốc (không phải thuốc Phần D) 185

E1. Khi nào sử dụng mục này 185

E2. Yêu cầu ra quyết định bảo hiểm 186

E3. Kháng cáo Cấp 1 với các dịch vụ, khoản mục và thuốc (không phải thuốc Phần D) 189

E4. Kháng cáo Cấp 2 với các dịch vụ, khoản mục và thuốc (không phải thuốc Phần D) 193

E5. Các vấn đề về thanh toán 199

F. Thuốc Phần D 201

F1. Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề khi lấy thuốc Phần D hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn lại tiền cho một loại thuốc Phần D 201

F2. Có ngoại lệ nào 203

F3. Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu hưởng ngoại lệ 204

F4. Phải làm sao để yêu cầu ra quyết định bảo hiểm cho thuốc Phần D hoặc thanh toán lại cho một loại thuốc Phần D, kể cả xin được hưởng ngoại lệ 206

F5. Kháng cáo Cấp 1 về thuốc Phần D 209

F6. Kháng cáo Cấp 2 về thuốc Phần D 212

G. Yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thời gian nằm viện lâu hơn 213

G1. Tìm hiểu về các quyền theo chương trình Medicare của quý vị 214

G2. Kháng Cáo Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị 215

G3. Kháng Cáo Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị 217

G4. Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi bỏ lỡ thời hạn kháng cáo 218

H. Cần làm gì nếu quý vị nghĩ rằng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc tại Cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú (CORF) kết thúc quá sớm 220

H1. Chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết trước khi kết thúc việc bảo hiểm cho quý vị 221

H2. Kháng cáo Cấp 1 để tiếp tục chăm sóc 221

H3. Kháng cáo Cấp 2 để tiếp tục chăm sóc 224

H4. Chuyện gì nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn tiến hành Kháng Cáo Cấp 1 225

I. Tiến hành kháng cáo của quý vị sau Cấp 2 227

I1. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và khoản mục Medicare 227

I2. Các bước kế tiếp cho dịch vụ và khoản mục Medi-Cal 228

J. Cách khiếu nại 229

J1. Nên khiếu nại những loại vấn đề nào 229

J2. Khiếu nại nội bộ 230

J3. Khiếu nại ra bên ngoài 232

A. Phải làm sao khi quý vị gặp vấn đề

Chương này sẽ cho quý vị biết phải làm gì khi gặp vấn đề với chương trình của quý vị, dịch vụ của quý vị hay về việc thanh toán. Medicare và Medi-Cal đã chấp thuận cho các quy trình này. Mỗi quy trình đều có một bộ các quy định, thủ tục, và thời hạn mà chúng tôi và quý vị phải tuân thủ.

A1. Về các thuật ngữ pháp lý

Có những thuật ngữ pháp lý khó hiểu của một số quy định và thời hạn trong chương này. Nhiều thuật ngữ này khó hiểu, nên chúng tôi đã sử dụng những từ đơn giản hơn cho một số thuật ngữ pháp lý nào đó. Chúng tôi hạn chế tối đa sử dụng từ viết tắt.

Ví dụ như, chúng tôi sẽ nói:

- "khiếu nại" ("complaint"), chứ không nói "than phiền" ("grievance")
- “Quyết định bảo hiểm” (“Coverage decision") chứ không nói "xác định của tổ chức" (“organization determination”), “xác định quyền lợi” (“benefit determination”), “xác định rủi ro” (“at-risk determination”) hoặc "xác định bảo hiểm" (“coverage determination”)
- “Quyết định bảo hiểm nhanh" (“Fast coverage decision”) chứ không nói "xác định xúc tiến" (“expedited determination”)

Hiểu đúng các thuật ngữ pháp lý giúp quý vị truyền đạt ý muốn rõ ràng hơn, và chúng tôi cũng vậy.

B. Nơi nào nên gọi nhờ giúp đỡ

B1. Nơi nhận thêm thông tin và trợ giúp

Đôi khi, quý vị chẳng biết phải bắt đầu từ đâu hoặc sử dụng quy trình nào để giải quyết một vấn đề. Đặc biệt, điều này có thể đúng nếu quý vị không thấy khỏe mạnh hoặc có sức khỏe hạn chế. Ngoài ra, quý vị có thể không có hiểu biết về những gì quý vị cần để thực hiện bước tiếp theo.

Quý vị có thể xin Chương trình Cal MediConnect Ombuds trợ giúp

Nếu cần trợ giúp, quý vị luôn có thể gọi cho Chương trình Cal MediConnect Ombuds. Chương trình Cal MediConnect Ombuds là chương trình thanh tra viên có thể giải đáp các thắc mắc của quý vị và giúp quý vị biết phải làm sao để giải quyết vấn đề của quý vị. Chương trình Cal MediConnect Ombuds không có quan hệ gì với chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình sức khỏe nào. Họ có thể giúp quý vị biết cần sử dụng quy trình nào. Số điện thoại của Chương trình Cal MediConnect Ombuds là 1-855-501-3077. Các dịch vụ đều được miễn phí. Xem Chương 2 để biết thêm thông tin về việc các chương trình thanh tra.

Quý vị có thể xin Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế trợ giúp

Quý vị cũng có thể gọi cho Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Các tư vấn viên của HICAP có thể giải đáp thắc mắc của quý vị và giúp quý vị biết phải làm gì để giải quyết vấn đề của quý vị. HICAP không quan hệ với chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào. HICAP đã đào tạo tư vấn viên cho tất cả các quận, và các dịch vụ của họ được miễn phí. Số điện thoại của HICAP là 1-800-434-0222.

Nhận giúp đỡ từ Medicare

Quý vị có thể trực tiếp gọi cho Medicare để nhờ giải quyết vấn đề. Sau đây là hai cách để xin Medicare trợ giúp:

- Gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. TTY: 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí.
- Xem trên trang mạng của Medicare tại địa chỉ www.medicare.gov.

Quý vị có thể xin Sở Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý của California trợ giúp

Trong đoạn này, thuật ngữ "grievance" ("than phiền") chỉ việc kháng cáo hoặc khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal, chương trình sức khỏe của quý vị, hoặc một trong những nhà cung cấp của quý vị.

Sở Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý của California (California Department of Managed Health Care) chịu trách nhiệm quy định cho các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có than phiền với chương trình sức khỏe của mình, trước tiên quý vị có thể gọi điện đến chương trình sức khỏe theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711) và sử dụng quy trình than phiền của chương trình sức khỏe trước khi liên lạc với sở. Việc sử dụng thủ tục khiếu nại này sẽ không cấm quý vị sử dụng bất kỳ quyền hoặc giải pháp pháp lý nào mà quý vị có thể sử dụng. Nếu quý vị cần trợ giúp cho một vụ khiếu nại về dịch vụ cấp cứu, một vụ khiếu nại mà chưa được chương trình sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng, hay một vụ khiếu nại vẫn chưa được giải quyết sau 30 ngày, quý vị có thể gọi cho cơ quan này để xin trợ giúp. Quý vị cũng có thể hội đủ tiêu chuẩn để xin được Đánh giá Y tế Độc lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn xin IMR, quy trình IMR sẽ xem xét công bằng các quyết định y tế của chương trình sức khỏe về tính cần thiết của dịch vụ hoặc biện pháp điều trị được đề nghị, quyết định bảo hiểm cho các việc điều trị mang tính chất thí nghiệm hoặc nghiên cứu và tranh chấp về thanh toán cho dịch vụ cấp cứu hoặc khẩn cấp cần thiết. Cơ quan này cũng có một số điện thoại miễn phí **(1-888-466-2219)** và một đường dây TTY **(1-877-688-9891)** dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web của cơ quan này www.dmhc.ca.gov có mẫu khiếu nại, mẫu đơn IMR và hướng dẫn trực tuyến.

C. Gặp vấn đề về Quyền lợi của quý vị

C1. Sử dụng quy trình cho quyết định bảo hiểm và kháng cáo hoặc để khiếu nại

Nếu quý vị có một vấn đề hoặc lo ngại, quý vị chỉ cần đọc các phần của chương này áp dụng cho trường hợp của quý vị. Bảng sau đây sẽ giúp quý vị tìm được mục phù hợp của chương này nói về các vấn đề hoặc khiếu nại.

Vấn đề hoặc lo ngại của quý vị là về quyền lợi hay bảo hiểm? (Ví dụ như các vấn đề về việc một dịch vụ y tế, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, hoặc thuốc theo toa cụ thể nào đó có được bảo hiểm hay không, chúng được bảo hiểm theo cách nào, và các vấn đề liên quan đến thanh toán cho dịch vụ y tế hoặc thuốc theo toa.)	
Có. Vấn đề của tôi liên quan đến các quyền lợi hoặc bảo hiểm. Đến **Mục D: "Quyết định đài thọ và kháng cáo"** trên trang 182.	**Không.** Vấn đề của tôi không liên quan đến các quyền lợi hoặc bảo hiểm. Chuyển thẳng đến **Mục J: "Phải làm sao để khiếu nại"** trên trang 229.

D. Quyết định bảo hiểm và kháng cáo

D1. Tổng quan về quyết định bảo hiểm và kháng cáo

Quy trình yêu cầu ra quyết định bảo hiểm và kháng cáo giải quyết các vấn đề về quyền lợi và bảo hiểm của quý vị. Quy trình này cũng giải quyết các vấn đề về thanh toán. Quý vị không có trách nhiệm phải thanh toán các chi phí Medicare ngoại trừ tiền đồng trả Phần D.

Quyết định bảo hiểm là gì?

Quyết định bảo hiểm là quyết định ban đầu mà chúng tôi đưa ra về quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền mà chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ y tế, khoản mục, hoặc thuốc men của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định bảo hiểm bất kỳ khi nào chúng tôi quyết định những gì được bảo hiểm cho quý vị và số tiền chúng tôi bảo hiểm.

Nếu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị không biết rõ một dịch vụ, khoản mục, hoặc thuốc có được Medicare hoặc Medi-Cal bảo hiểm hay không, quý vị hoặc bác sĩ có thể yêu cầu ra quyết định bảo hiểm trước khi bác sĩ cung cấp dịch vụ, khoản mục, hoặc thuốc đó.

Kháng cáo là gì?

Kháng cáo là một biện pháp chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi và thay đổi quyết định đó nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn. Ví dụ, chúng tôi có thể đã quyết định rằng Medicare hoặc Medi-Cal không bảo hiểm cho một dịch vụ, khoản mục hoặc thuốc mà quý vị muốn dùng. Nếu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể kháng cáo.

D2. Xin trợ giúp về quyết định bảo hiểm và kháng cáo

Tôi có thể gọi cho ai để được giúp đỡ yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc tiến hành kháng cáo?

Quý vị có thể yêu cầu bất kỳ người nào sau đây trợ giúp:

- Gọi cho **bộ phận Chăm sóc Khách hàng** theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Gọi **Chương trình Cal MediConnect Ombuds** để được trợ giúp miễn phí. Chương trình Cal MediConnect Ombuds giúp người ghi danh trong Cal MediConnect giải quyết các vấn đề về dịch vụ hoặc hóa đơn. Số điện thoại là 1-855-501-3077.
- Gọi cho **Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)** để được trợ giúp miễn phí. HICAP là một tổ chức độc lập. Họ không có quan hệ gì với chương trình này. Số điện thoại là 1-800-434-0222.
- Gọi cho **Trung tâm Trợ giúp của Sở Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý (DMHC)** để được trợ giúp miễn phí DMHC chịu trách nhiệm quy định cho các chương trình sức khỏe. DMHC giúp người ghi danh trong Cal MediConnect kháng cáo các vấn đề về dịch vụ Medi-Cal và thanh toán. Số điện thoại là 1-888-466-2219. Người khiếm thính, nặng tai, hoặc khiếm ngôn có thể sử dụng số TTY - miễn phí 1-877-688-9891.
- Nói chuyện với **bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị.** Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo thay mặt quý vị.
- Nói chuyện với **bạn bè hoặc người thân** trong gia đình và đề nghị họ đại diện cho quý vị. Quý vị có thể chỉ định một cá nhân khác để thực hiện thay cho quý vị với tư cách là “người đại diện” để yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc tiến hành kháng cáo.
    - Nếu quý vị muốn nhờ bạn bè, người thân, hoặc người khác làm đại diện cho quý vị, gọi bộ phận Chăm sóc Khách hàng để xin mẫu giấy "Chỉ định Người Đại diện". Quý vị cũng có thể nhận mẫu này bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. Giấy này cho phép người đó được hành động thay cho quý vị. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao của mẫu đơn đã ký.

- **Quý vị cũng có quyền yêu cầu luật sư** làm người đại diện cho quý vị. Quý vị có thể gọi cho luật sư riêng, hoặc nhờ một luật sư trong luật sư đoàn của địa phương hay một dịch vụ giới thiệu khác. Một số các nhóm pháp luật khác cũng sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện. Nếu quý vị muốn nhờ luật sư đại diện cho mình, quý vị sẽ phải làm giấy Chỉ định Đại diện. Quý vị có thể yêu cầu luật sư hỗ trợ pháp lý từ Health Consumer Alliance theo số 1-888-804-3536.
    - Tuy nhiên, **quý vị không cần phải có luật sư** để yêu cầu bất cứ quyết định bảo hiểm nào hoặc để tiến hành kháng cáo.

D3. Sử dụng mục nào của chương này sẽ giúp quý vị

Có bốn loại trường hợp liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng cáo. Mỗi trường hợp có các quy định và thời hạn khác nhau. Chúng tôi tách chương này thành các mục khác nhau giúp quý vị tìm được các quy định mà quý vị phải tuân thủ. **Quý vị chỉ cần đọc mục áp dụng cho vấn đề của quý vị mà thôi:**

- **Mục E trên trang 185** cung cấp thông tin cho quý vị nếu quý vị gặp vấn đề về các dịch vụ, khoản mục, và thuốc men (nhưng **không** phải thuốc Phần D). Ví dụ, quý vị có thể sử dụng mục này khi:
    - Quý vị không nhận được dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn, và tin rằng chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho quý vị dịch vụ chăm sóc này.
    - Chúng tôi đã không chấp thuận cho các dịch vụ, khoản mục, hoặc thuốc men mà bác sĩ muốn cung cấp cho quý vị, và quý vị tin rằng dịch vụ chăm sóc này phải được bảo hiểm.
        - **LƯU Ý:** Chỉ sử dụng Mục E nếu đây là thuốc **không** được bao trả bởi Phần D. Các thuốc trong *Danh sách Thuốc được bảo hiểm*, còn được biết là Danh sách thuốc được đánh dấu “NPD” không được bao trả bởi Phần D. Xem Mục F trên trang 201 for Part D drug appeals.
    - Quý vị đã nhận dịch vụ chăm sóc y tế hoặc dịch vụ mà quý vị nghĩ là phải được bảo hiểm, nhưng chúng tôi không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc này.
    - Quý vị đã sử dụng và trả tiền cho dịch vụ y tế hoặc khoản mục mà quý vị nghĩ là được bảo hiểm, và quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị.
    - Quý vị được cho biết bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị đang sử dụng sẽ được giảm bớt hoặc ngưng cung cấp, và quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.
        - **LƯU Ý:** Nếu việc bảo hiểm sẽ bị dừng là dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc các dịch vụ của Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility

(CORF), thì quý vị cần phải đọc một mục riêng trong chương này để biết các quy định đặc biệt được áp dụng đối với các loại hình dịch vụ chăm sóc này. Xem Phần G và H trên các trang 213 và 220.

- **Mục F trên trang 201** cung cấp cho quý vị thông tin về thuốc Phần D. Ví dụ, quý vị có thể sử dụng mục này khi:
  - Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi cho hưởng ngoại lệ để bảo hiểm cho một loại thuốc Phần D không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi.
  - Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi loại bỏ giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể được nhận.
  - Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho một loại thuốc cần phải chấp thuận trước.
  - Chúng tôi không chấp thuận cho yêu cầu hoặc ngoại lệ của quý vị, và quý vị hoặc bác sĩ hay người kê toa khác của quý vị nghĩ rằng chúng tôi phải chấp thuận.
  - Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi thanh toán cho một loại thuốc toa mà quý vị đã mua rồi. (Đây là việc yêu cầu ra quyết định bảo hiểm về thanh toán).
- **Mục G trên trang 213** cho quý vị biết phải làm sao để yêu cầu chúng tôi đài thọ cho thời gian nội trú tại bệnh viện lâu hơn nếu quý vị cho rằng bác sĩ cho quý vị xuất viện quá sớm. Sử dụng mục này khi:
  - Quý vị đang nằm viện và cho rằng bác sĩ đã yêu cầu quý vị phải xuất viện quá sớm.
- **Mục H trên trang 220** cung cấp thông tin cho quý vị khi quý vị nghĩ rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF) của quý vị được kết thúc quá sớm.

Nếu quý vị không biết chắc phải sử dụng mục nào, vui lòng gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3821 (TTY: 711).

Nếu quý vị cần sự trợ giúp hoặc thông tin khác, vui lòng gọi cho chương trình Cal MediConnect Ombuds theo số 1-855-501-3077.

E. Vấn đề về các dịch vụ, vật dụng và thuốc (không phải thuốc Phần D)

E1. Khi nào sử dụng mục này

Mục này cho biết quý vị phải làm gì khi gặp các vấn đề về quyền lợi y tế, sức khỏe hành vi, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) của quý vị. Quý vị cũng có thể sử dụng phần này nếu gặp vấn đề với thuốc **không** được bảo hiểm bởi Phần D, gồm cả thuốc Medicare Phần B. Thuốc

trong Danh sách thuốc được đánh dấu "NPD" **không** được bảo hiểm bởi Phần D. Sử dụng Phần F để Kháng cáo thuốc Phần D.

Mục này cho biết quý vị có thể làm gì khi gặp bất kỳ trường hợp nào sau đây:

1. Quý vị cho rằng chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ y tế, sức khỏe hành vi tâm thần, hoặc dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) mà quý vị cần nhưng quý vị lại không được nhận.

   Việc quý vị có thể làm là: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm. Đến Phần E2 trên trang 186 để tìm hiểu về việc yêu cầu ra quyết định bảo hiểm.

2. Chúng tôi không chấp thuận cho dịch vụ chăm sóc mà bác sĩ của quý vị muốn cung cấp cho quý vị, và quý vị nghĩ là phải được chấp thuận.

   Việc quý vị có thể làm là: Quý vị có thể kháng cáo quyết định không chấp thuận dịch vụ chăm sóc đó của chúng tôi. Đến Phần E3 trên trang 189 để tìm hiểu về việc kháng cáo.

3. Quý vị đã sử dụng các dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị nghĩ là được chúng tôi bảo hiểm, nhưng chúng tôi lại không chịu thanh toán.

   Việc quý vị có thể làm là: Quý vị có thể kháng cáo quyết định không thanh toán của chúng tôi. Đến Phần E3 trên trang 189 để tìm hiểu về việc kháng cáo.

4. Quý vị đã sử dụng và trả tiền cho dịch vụ y tế hoặc khoản mục mà quý vị nghĩ là được bảo hiểm, và quý vị muốn chúng tôi trả lại tiền cho quý vị về dịch vụ và khoản mục đó.

   Việc quý vị có thể làm là: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị. Đến Phần E5 trên trang 199 để tìm hiểu về việc yêu cầu chúng tôi trả tiền.

5. Chúng tôi giảm hoặc ngưng bảo hiểm cho quý vị một dịch vụ nào đó, nhưng quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

   Việc quý vị có thể làm là: Quý vị có thể kháng cáo quyết định giảm hoặc ngưng dịch vụ đó của chúng tôi. Đến Phần E3 trên trang 189 để tìm hiểu về việc kháng cáo.

   LƯU Ý: Nếu việc bảo hiểm sẽ được ngưng thực hiện cho các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF), các quy định đặc biệt sẽ được áp dụng. Đọc Mục G hoặc H trên các trang 213 và 220 để tìm hiểu thêm.

E2. Yêu cầu ra quyết định bảo hiểm

Làm sao để yêu cầu ra quyết định bảo hiểm để được nhận dịch vụ y tế, sức khỏe hành vi, hoặc dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (các dịch vụ MSSP, CBAS hoặc NF)

Để yêu cầu ra quyết định bảo hiểm, gọi điện, viết thư, hoặc fax cho chúng tôi, hay nhờ đại diện hoặc bác sĩ của quý vị yêu cầu chúng tôi ra quyết định.

- Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số: 1-855-905-3825 TTY: 711.
- Quý vị có thể fax cho chúng tôi theo số: 1-323-889-6577
- Quý vị có thể viết thư cho chúng tôi theo địa chỉ: Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care
  601 Potrero Grande Drive, Monterey Park, CA 91755

Phải mất bao lâu mới nhận được quyết định bảo hiểm?

Sau khi quý vị hỏi và chúng tôi nhận được tất cả thông tin chúng tôi cần, thường mất 5 ngày làm việc để chúng tôi đưa ra quyết định trừ khi yêu cầu của quý vị về thuốc kê toa Medicare Phần B. Nếu yêu cầu của quý vị là thuốc kê toa Medicare Phần B, chúng tôi sẽ ra quyết định không muộn hơn 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu chúng tôi không ra quyết định cho quý vị trong 14 ngày theo lịch (hoặc 72 giờ đối với thuôc kê tòa Medicare Phần B), quý vị có thể kháng cáo.

Đôi khi chúng tôi cũng cần phải có thêm thời gian, và chúng tôi sẽ gửi thư báo cho quý vị rằng chúng tôi cần có thêm 14 ngày theo lịch nữa. Thư này sẽ giải thích tại sao cần phải có thêm thời gian. Chúng tôi không thể kéo dài thêm thời gian để ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc kê toa Medicare Phần B.

Tôi có thể xin ra quyết định bảo hiểm nhanh hơn không?

Có. Nếu quý vị cần được trả lời nhanh hơn vì sức khỏe của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra "quyết định bảo hiểm nhanh". Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu này, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về quyết định của chúng tôi trong vòng 72 giờ (hoặc trong vòng 24 giờ cho thuốc kê toa Medicare Phần B).

Tuy nhiên, đôi khi chúng tôi cũng cần phải có thêm thời gian, và chúng tôi sẽ gửi thư báo cho quý vị rằng chúng tôi cần có thêm 14 ngày theo lịch nữa. Thư này sẽ giải thích tại sao cần phải có thêm thời gian. Chúng tôi không thể kéo dài thêm thời gian để ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc kê toa Medicare Phần B.

> **Thuật ngữ pháp lý** cho “quyết định bảo hiểm nhanh” là **“xác định cấp tốc”.**

Yêu cầu ra quyết định bảo hiểm nhanh:

- Bắt đầu bằng cách gọi điện thoại hoặc fax để yêu cầu chúng tôi chi trả cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị muốn.
- Gọi cho chúng tôi theo số 1-855-905-3825 hoặc gửi fax cho chúng tôi theo số 1-323-889-5049.
- Tìm chi tiết khác về việc phải làm sao để liên hệ với chúng tôi tại Chương 2.

Quý vị cũng có thể yêu cầu nhà cung cấp hoặc đại diện của quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị.

Sau đây quy định về việc yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm nhanh:

Quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu sau đây thì mới được ra quyết định bảo hiểm nhanh:

1. Quý vị chỉ được ra quyết định bảo hiểm nhanh **khi quý vị yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc hoặc khoản mục mà quý vị chưa được nhận**. (Quý vị không thể cầu quyết định bảo hiểm nhanh nếu yêu cầu của quý vị là về việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc hoặc khoản mục mà quý vị đã nhận rồi.)

2. Quý vị chỉ nhận được quyết định bảo hiểm nhanh nếu **thời hạn thông thường là 14 ngày theo lịch (hoặc thời hạn 72 giờ cho thuốc kê toa Medicare Phần B) có thể sẽ gây hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc tổn hại cho chức năng cơ thể của quý vị**.

   - Nếu bác sĩ nói rằng quý vị cần được ra quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động ra quyết định cho quý vị.

   - Nếu quý vị yêu cầu ra quyết định bảo hiểm nhanh, mà không có sự ủng hộ của bác sĩ quý vị, chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có cần phải được quyết định nhanh hay không.

     - Nếu chúng tôi xác định được rằng sức khỏe của quý vị không đáp ứng được các yêu cầu để được ra quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Thay vào đó, chúng tôi cũng sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn 14 ngày (hoặc 72 giờ cho thuốc kê toa Medicare Phần B).

     - Thư này sẽ cho quý vị biết rằng nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu ra quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động ra quyết định nhanh cho quý vị.

     - Thư này cũng sẽ cho biết quý vị phải làm sao để "khiếu nại nhanh" về quyết định của chúng tôi là sẽ ra quyết định bảo hiểm thường chứ không ra quyết định bảo hiểm nhanh theo yêu cầu của quý vị. Để tìm hiểu thêm về quy trình khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, xin xem Mục J trên trang 229.

Nếu quyết định bảo hiểm là Không, thì làm sao tôi mới biết được?

Nếu câu trả lời là **Không đồng ý**, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị biết lý do vì sao chúng tôi **Không đồng ý.**

- Nếu chúng tôi **không đồng ý**, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định này bằng cách kháng cáo. Kháng cáo có nghĩa là yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định từ chối bảo hiểm của chúng tôi.

- Nếu quý vị quyết định kháng cáo, thì quý sẽ bước vào Cấp 1 của quy trình kháng cáo (xem mục tiếp theo dưới đây để tìm hiểu thêm).

E3. Kháng cáo Cấp 1 với các dịch vụ, khoản mục và thuốc (không phải thuốc Phần D)

Kháng cáo là gì?

Kháng cáo là một biện pháp chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi và thay đổi quyết định đó nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn. Nếu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hay nhà cung cấp dịch vụ nào khác không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể kháng cáo.

Trong hầu hết mọi trường hợp, quý vị phải tiến hành kháng cáo từ Cấp 1. Nếu quý vị không muốn kháng cáo trước lên chương trình cho dịch vụ Medi-Cal, nếu vấn đề sức khỏe của quý vị là khẩn cấp hoặc liên quan đến mối đe dọa đến sức khỏe của quý vị ngay lập tức và nghiêm trọng, hoặc nếu quý vị bị đau dữ dội và cần quyết định ngay, quý vị có thể yêu cầu Sở Chăm sóc Y tế có Quản lý cho Soát xét Y khoa Độc lập tại www.dmhc.ca.gov. Xem trang 180 để tìm hiểu thêm. Nếu quý vị cần được trợ giúp trong quy trình kháng cáo, quý vị có thể gọi cho Chương trình Cal MediConnect Ombuds theo số 1-855-501-3077. Chương trình Cal MediConnect Ombuds không có quan hệ gì với chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình sức khỏe nào.

Sơ lược: Làm sao để Kháng cáo Cấp 1

Quý vị, bác sĩ hay người đại diện của quý vị có thể gửi văn bản yêu cầu của quý vị cho chúng tôi qua thư hoặc fax. Quý vị cũng có thể yêu cầu tiến hành vụ kháng cáo bằng cách gọi điện thoại cho chúng tôi.

- Yêu cầu **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ khi ngày trên quyết định mà quý vị đang kháng cáo. Nếu quý vị không đáp ứng được thời hạn này mà có lý do chính đáng, quý vị vẫn có thể kháng cáo (xem trang 190).
- Nếu quý vị kháng cáo vì chúng tôi đã nói với quý vị rằng dịch vụ mà quý vị đang dùng sẽ được thay đổi hoặc ngưng cung cấp, **quý vị có số ngày ít hơn để kháng cáo** nếu quý vị muốn được tiếp tục sử dụng dịch vụ đó trong khi đang kháng cáo (xem trang 216).
- Xin đọc tiếp mục này để được biết các thời hạn được áp dụng cho việc kháng cáo của quý vị.

Kháng cáo Cấp 1 là gì?

Kháng cáo Cấp 1 là kháng cáo đầu tiên với chương trình của chúng tôi. Chúng tôi sẽ xem xét lại quyết định bảo hiểm của chúng tôi xem quyết định đó đúng hay sai. Người xem xét sẽ không phải là người ra quyết định bảo hiểm ban đầu. Khi chúng tôi xem xét lại xong, chúng tôi sẽ cho quý vị biết quyết định của chúng tôi bằng văn bản.

Nếu chúng tôi nói với quý vị rằng sau khi xem xét lại chúng tôi thấy dịch vụ hoặc khoản mục đó là không được bảo hiểm, trường hợp của quý vị có thể được chuyển lên Kháng cáo Cấp 2.

Tôi Kháng cáo Cấp 1 như thế nào?

- Để tiến hành kháng cáo, quý vị, bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác, hay đại diện của quý vị phải liên hệ với chúng tôi. Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711). Để biết thêm chi tiết cách liên lạc với chúng tôi để kháng cáo, xem Chương 2.
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi tiến hành "kháng cáo thường" hoặc "kháng cáo nhanh".
- Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi tiến hành kháng cáo thường hoặc kháng cáo nhanh, hãy kháng cáo bằng văn bản hoặc gọi điện cho chúng tôi.
  - Quý vị có thể đơn kháng cáo đến địa chỉ sau đây:
    Blue Shield of California Promise Health Plan
    Member Appeals and Grievances
    601 Potrero Grande Drive
    Monterey Park, CA 91755
  - Quý vị có thể gửi đơn trên mạng tại địa chỉ:
    www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect
  - Quý vị cũng có thể yêu cầu tiến hành kháng cáo bằng cách gọi điện thoại cho chúng tôi theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị trong vòng 5 ngày theo lịch kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị để báo cho quý vị biết là chúng tôi đã nhận được yêu cầu đó.

> **Thuật ngữ pháp lý** cho “kháng cáo nhanh” là **“tái xét cấp tốc.”**

Một ai đó có thể đưa ra kháng cáo thay tôi không?

Có. Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị có thể kháng cáo thay cho quý vị. Ngoài ra, một số người khác không phải là bác sĩ của quý vị hay nhà cung cấp khác có thể tiến hành kháng cáo thay quý vị nhưng trước hết quý vị phải điền vào mẫu Chỉ Định Người Đại Diện. Giấy này cho phép người khác đó được hành động thay cho quý vị.

Để nhận mẫu Chỉ định Người đại diện, hãy gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng để yêu cầu, hoặc truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.

Nếu người khác ngoài quý vị, bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị kháng cáo, chúng tôi phải nhận được giấy Chỉ định Đại diện trước khi có thể xem xét kháng cáo.

Tôi có thời gian bao lâu để tiến hành kháng cáo?

Quý vị phải yêu cầu kháng cáo **trong vòng 60 ngày** kể từ ngày ghi trên thư chúng tôi đã gửi thông báo về quyết định của chúng tôi.

Nếu quý vị bỏ lỡ mất thời hạn và có lý do chính đáng cho việc đó, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để đưa ra khiếu nại. Các ví dụ về lý do chính đáng là: quý vị đã bị bệnh nặng, hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn gửi đơn kháng cáo. Quý vị phải giải thích lý do tại sao kháng cáo muộn.

LƯU Ý: Nếu quý vị kháng cáo vì chúng tôi đã nói với quý vị rằng dịch vụ mà quý vị đang dùng sẽ được thay đổi hoặc ngưng cung cấp, **quý vị có số ngày ít hơn để kháng cáo** nếu quý vị muốn được tiếp tục sử dụng dịch vụ đó trong khi đang kháng cáo. Hãy đọc “Quyền lợi của tôi sẽ được tiếp tục trong thời gian kháng cáo Mức 1 hay không” trên trang 193 để biết thêm thông tin.

Tôi có thể nhận bản sao hồ sơ lưu trữ của tôi?

Có. Quý vị có thể yêu cầu bản sao miễn phí bằng cách gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711).

Bác sĩ của tôi có thể cung cấp cho tôi thông tin về kháng cáo của tôi không?

Có, quý vị và bác sĩ của quý vị có thể sẽ phải cung cấp thêm thông tin cho chúng tôi để ủng hộ cho kháng cáo của quý vị.

Chúng tôi sẽ ra quyết định kháng cáo như thến nào?

Chúng tôi xem xét tất cả các thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc y tế. Sau đó, chúng tôi sẽ xem xét xem chúng tôi có tuân thủ tất cả mọi quy định không khi nói **Không đồng ý** với yêu cầu của quý vị. Người xem xét sẽ không phải là người ra quyết định lần đầu.

Nếu chúng tôi cần thêm thông tin, chúng tôi có thể sẽ yêu cầu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cung cấp thêm thông tin đó.

Khi nào tôi mới được biết quyết định về kháng cáo "thường"?

Chúng tôi phải cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị (hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị cho thuốc kê toa Medicare Phần B). Chúng tôi cho quý vị quyết định của chúng tôi nếu điều kiện sức khỏe của quý vị yêu cầu.

- Nếu chúng tôi không trả lời cho vụ kháng cáo của quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch (hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo cho thuốc kê toa Medicare Phần B), chúng tôi sẽ tự động chuyển trường hợp của quý vị

lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc khoản mục Medicare. Quý vị sẽ được thông báo khi việc này diễn ra.

- Nếu vấn đề của quý vị là về việc bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal, quý vị sẽ cần phải tự tiến hành phần Kháng cáo Cấp 2. Để biết thêm về quy trình Kháng cáo Cấp 2, xin xem tại Mục E4 tại trang 193.

Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải chấp thuận hoặc thực hiện việc bảo hiểm đó trong vòng 30 ngày theo lịch (hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị cho thuốc kê toa Medicare Phần B).

Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị biết. Nếu vấn đề của quý vị là về việc bảo hiểm cho một dịch vụ hay khoản mục Medicare, thư sẽ cho quý vị biết chúng tôi đã chuyển trường hợp của quý vị cho Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity) để tiến hành Kháng cáo Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về việc bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal, thư sẽ cho quý vị biết quý vị sẽ cần tự tiến hành Kháng cáo Cấp 2 như thế nào. Để biết thêm về quy trình Kháng cáo Cấp 2, xin xem tại Mục E4 tại trang 193.

Khi nào tôi nhận được thông tin về quyết định kháng cáo "nhanh"?

Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo nhanh, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm như vậy.

- Nếu chúng tôi không trả lời cho vụ kháng cáo của quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi sẽ tự động chuyển trường hợp của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo nếu vấn đề của quý vị là về việc bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc khoản mục Medicare. Quý vị sẽ được thông báo khi việc này diễn ra.

- Nếu vấn đề của quý vị là về việc bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal, quý vị sẽ cần phải tự tiến hành phần Kháng cáo Cấp 2. Để biết thêm về quy trình Kháng cáo Cấp 2, xin xem tại Mục E4 tại trang 193.

Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải cho phép hoặc thực hiện việc bảo hiểm đó trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị biết. Nếu vấn đề của quý vị là về việc bảo hiểm cho một dịch vụ hay khoản mục Medicare , thư sẽ cho quý vị biết chúng tôi đã chuyển trường hợp của quý vị cho Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity) để tiến hành Kháng cáo Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về việc bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal, thư sẽ cho quý vị biết quý vị

sẽ cần tự tiến hành Kháng cáo Cấp 2 như thế nào. Để biết thêm về quy trình Kháng cáo Cấp 2, xin xem tại Mục E4 tại trang 193.

Quyền lợi của tôi có còn được tiếp tục cung cấp không trong khi đang kháng cáo Cấp 1?

Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc ngưng bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc khoản mục mà trước đó đã được chấp thuận, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị trước khi thực hiện việc đó. Nếu quý vị không đồng ý với việc đó, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo Cấp 1 và yêu cầu chúng tôi tiếp tục cung cấp quyền lợi cho dịch vụ hoặc khoản mục đó. Quý vị phải **thực hiện yêu cầu đó vào hoặc trước thời hạn nào trễ hơn sau đây** để tiếp tục nhận các quyền lợi của mình:

- Trong vòng 10 ngày kể từ ngày gửi qua thư thông báo về hành động của chúng tôi; **hoặc**
- Ngày dự định hành động đó có hiệu lực.

Nếu quý vị đáp ứng được thời hạn này, quý vị có thể sẽ tiếp tục được nhận dịch vụ hoặc khoản mục đang tranh chấp đó trong thời gian kháng cáo.

E4. Kháng cáo Cấp 2 với các dịch vụ, khoản mục và thuốc (không phải thuốc Phần D)

Nếu chương trình trả lời Không Đồng Ý ở Cấp 1, điều gì diễn ra tiếp theo?

Nếu chúng tôi nói **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu trong Kháng cáo Cấp 1, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị biết. Thư này sẽ cho quý vị biết dịch vụ hoặc khoản mục đó có thường được Medicare hoặc Medi-Cal bảo hiểm hay không.

- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc khoản mục **Medicare**, chúng tôi sẽ tự động chuyển trường hợp của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo ngay khi phần Kháng cáo Cấp 1 đã kết thúc.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc khoản mục **Medi-Cal**, quý vị có thể tự tiến hành phần Kháng cáo Cấp 2. Thư này sẽ cho quý vị biết phải làm việc này như thế nào. Sau đây cũng xin nói về việc đó.

Kháng cáo Cấp 2 là gì?

Kháng cáo Cấp 2 là kháng cáo lần thứ 2, do một tổ chức độc lập không quan hệ gì với chương trình của chúng tôi thụ lý.

Vấn đề của tôi là về một dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal. Tôi có thể Kháng cáo Cấp 2 như thế nào?

Có hai cách kháng cáo Cấp 2 cho các dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal: (1) Nộp đơn khiếu nại hoặc Đánh giá Y khoa Độc lập (IMR) hoặc (2) Phiên Điều trần của Tiểu bang.

(1) Đánh giá Y khoa Độc lập

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Trung tâm Trợ giúp của Sở Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý (California Department of Managed Health Care, DMHC) của California cho Đánh giá Y tế Độc lập (IMR). Bằng cách nộp đơn khiếu nại, DMHC sẽ đánh giá quyết định của quý vị và đưa ra quyết định. IMR được cung cấp cho bất kỳ dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal nào có tính chất y tế. IMR là cuộc đánh giá về ca bệnh của quý vị do các bác sĩ không nằm trong chương trình của chúng tôi thực hiện hoặc là một phần của DMHC. Nếu kết quả IMR cho thấy quý vị đúng, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị yêu cầu cung cấp. Quý vị không phải trả phí cho IMR.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc xin IMR nếu chương trình chúng tôi:

- Từ chối, thay đổi, hoặc trì hoãn cung cấp một dịch vụ hoặc liệu pháp điều trị Medi-Cal mà chương trình chúng tôi xác định là không cần thiết về mặt y tế.
- Không đồng ý bảo hiểm cho một liệu pháp điều trị Medi-Cal mang tính chất thí nghiệm hoặc nghiên cứu cho một bệnh trạng trầm trọng.
- Không đồng ý thanh toán cho dịch vụ cấp cứu hoặc khẩn cấp Medi-Cal mà quý vị đã nhận rồi.
- Đã không giải quyết phần Kháng cáo Cấp 1 của quý vị về một dịch vụ Medi-Cal trong vòng 30 ngày theo lịch cho trường hợp kháng cáo thường hoặc 72 giờ cho trường hợp kháng cáo nhanh.

LƯU Ý: Nếu nhà cung cấp của quý vị nộp đơn kháng cáo cho quý vị, nhưng chúng tôi không cần mẫu giấy Chỉ định Đại diện, quý vị sẽ cần nộp lại kháng cáo của quý vị tới chúng tôi trước khi quý vị có thể nộp IMR Cấp 2 lên Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý (Department of Managed Health Care).

Nếu quý vị được quyền xin cả IMR hoặc Phiên Điều trần của Tiểu bang, nhưng không được nếu quý vị đã được mở Phiên Điều trần của Tiểu bang rồi cho cùng một vấn đề.

Trong hầu hết mọi trường hợp, quý vị đều phải kháng cáo với chúng tôi trước rồi mới được yêu cầu mở cuộc IMR. Xem trang 189 để biết về quy trình kháng cáo Cấp 1 của chúng tôi. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu DMHC hoặc Trung tâm Trợ giúp của DMHC mở cuộc IMR.

Nếu liệu pháp điều trị của quý vị bị từ chối vì mang tính thí nghiệm hoặc nghiên cứu, quý vị không phải thực hiện quy trình kháng cáo của chúng tôi trước khi xin IMR.

Nếu vấn đề của quý vị là khẩn cấp hoặc có mức độ đe dọa từ trung bình đến nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị bị đau nghiêm trọng, quý vị có thể thông báo cho DMHC biết ngay mà không phải thực hiện quy trình kháng cáo trước.

Quý vị phải **xin IMR trong vòng 6 tháng** sau khi chúng tôi gửi văn bản quyết định về việc kháng cáo của quý vị cho quý vị. DMHC có thể chấp nhận đơn của quý vị sau 6 tháng vì lý do chính đáng như quý vị có một tình trạng y tế ngăn cản quý vị yêu cầu IMR trong vòng 6 tháng, hoặc quý vị không nhận được thông báo đầy đủ từ chúng tôi về quy trình IMR.

Để nộp đơn xin IMR:

- Điền thông tin vào mẫu đơn Đánh giá Y khoa Độc lập/Mẫu Khiếu nại tại địa chỉ: www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx or call the DMHC Help Center at 1-888-466-2219. Người dùng TTY xin gọi 1-877-688-9891.
- Nếu có, quý vị hãy gửi kèm theo bản sao của các thư hay tài liệu khác về dịch vụ hoặc khoản mục mà chúng tôi đã từ chối. Việc này sẽ giúp cho quy trình IMR được nhanh hơn. Xin chỉ gửi bản sao, không gửi bản gốc. Trung tâm Trợ giúp không thể gửi trả bất kỳ tài liệu nào cho quý vị.
- Điền Mẫu Ủy quyền Trợ giúp (Authorized Assistant) nếu có người trợ giúp quý vị trong việc IMR. Quý vị có thể nhận mẫu tại www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx hoặc gọi đến Trung tâm Trợ giúp của Sở theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY xin gọi 1-877-688-9891.
- Gửi qua thư hoặc fax các giấy này cũng bất kỳ tài liệu kèm theo nào đến địa chỉ:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 916-255-5241

Nếu quý vị đủ điều kiện được IMR, DMHC sẽ xét duyệt vụ việc của quý vị và gửi cho quý vị một lá thư trong vòng 7 ngày theo lịch thông báo cho quý vị biết rằng quý vị đủ điều kiện nhận IMR. Sau khi nhận được đơn xin và tài liệu hỗ trợ từ chương trình của quý vị, quyết định IMR sẽ được đưa ra trong vòng 30 ngày theo lịch. Quý vị sẽ nhận được quyết định IMR trong vòng 45 ngày theo lịch kể từ khi nộp đơn đã hoàn thành.

Nếu trường hợp của quý vị cấp bách và quý vị đủ điều kiện được IMR, DMHC sẽ xét duyệt vụ việc của quý vị và gửi cho quý vị một lá thư trong vòng 2 ngày theo lịch thông báo cho quý vị biết rằng quý vị đủ điều kiện nhận IMR. Sau khi nhận được đơn xin và tài liệu hỗ trợ từ chương trình của quý vị, quyết định IMR sẽ được đưa ra trong vòng 3 ngày theo lịch. Quý vị sẽ nhận được quyết định IMR trong vòng 7 ngày theo lịch kể từ khi nộp đơn đã hoàn thành. Nếu quý vị không hài lòng với kết quả IMR, quý vị vẫn có thể yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang.

IMR có thể mất nhiều thời gian hơn nếu DMHC không nhận được tất cả hồ sơ y tế cần thiết từ quý vị hoặc bác sĩ điều trị của quý vị. Nếu quý vị thăm khám với bác sĩ không nằm trong mạng lưới của chương trình của quý vị, điều quan trọng là quý vị phải nhận và gửi hồ sơ y tế từ bác sĩ đó cho chúng tôi. Chương trình sức khỏe của quý vị yêu cầu nhận bản sao hồ sơ y tế của quý vị từ bác sĩ nằm trong mạng lưới.

Nếu DMHC xác định rằng trường hợp của quý vị không đủ tiêu chuẩn để IMR, DMHC sẽ xem xét trường hợp của quý vị bằng quy trình giải quyết khiếu nại cho người tiêu dùng thông thường. Khiếu nại của quý vị sẽ phải được giải quyết trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ khi nộp đơn đã hoàn thành. Nếu khiếu nại của quý vị khẩn cấp, nó sẽ được giải quyết sớm hơn.

(2) Phiên Điều trần của Tiểu bang

Quý vị có thể yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang về các dịch vụ được Medi-Cal bảo hiểm. Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị yêu cầu cung cấp một dịch vụ hay khoản mục mà chúng tôi không chấp thuận, hoặc chúng tôi không tiếp tục thanh toán cho một dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị đã nhận rồi và chúng tôi đã nói không với kháng cáo Cấp 1 của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang.

Trong hầu hết mọi trường hợp, **quý vị đều có 120 ngày để yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang** sau khi thông báo về "Quyền được Điều trần của quý vị" (“Your Hearing Rights”) được gửi qua thư cho quý vị.

LƯU Ý: Nếu quý vị xin mở Phiên Điều trần của Tiểu bang vì chúng tôi đã nói với quý vị rằng dịch vụ mà quý vị đang dùng sẽ được thay đổi hoặc ngưng cung cấp, **quý vị có số ngày ít hơn để gửi yêu cầu của quý vị** nếu quý vị muốn được tiếp tục sử dụng dịch vụ đó trong khi chờ Phiền Điều trần của Tiểu bang. Hãy đọc “Quyền lợi của tôi sẽ được tiếp tục trong thời gian kháng cáo Mức 2 hay không” trên trang 197 để biết thêm thông tin.

Có hai cách để yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang:

1. Quý vị có thể điền mẫu "Yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang" tại mặt sau của thông báo hành động (notice of action). Quý vị cần cung cấp tất cả các thông tin cần thiết như tên họ, địa chỉ, số điện thoại, tên chương trình hoặc quận đã thực hiện hành động mà quý vị không chấp nhận, (các) chương trình trợ giúp liên quan, và lý do chi tiết tại sao quý vị muốn được phân xử. Sau đó, quý vị có thể gửi yêu cầu của quý vị theo một trong các cách sau đây:

   - Cho phòng phúc lợi (welfare) của quận theo địa chỉ ghi trên thông báo.
   - Cho Phòng Dịch vụ Xã hội của California (California Department of Social Services):

     State Hearings Division
     P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
     Sacramento, California 94244-2430

- Tới Phòng Điều trần Tiểu bang theo số fax 833-281-0905.

2. Quý vị có thể gọi cho Phòng Dịch vụ Xã hội California (California Department of Social Services) theo số 1-800-952-5253. Người dùng TTY xin gọi 1-800-952-8349. Nếu quyết định xin mở Phiên Điều trần của Tiểu bang qua điện thoại, quý vị cần biết là các đường dây điện thoại thường rất bận.

Vấn đề của tôi là về một dịch vụ hoặc khoản mục Medicare. Kháng cáo Cấp 2 sẽ diễn ra như thế nào?

Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity, IRE) sẽ đánh giá cẩn thận quyết định của Cấp 1, rồi quyết định xem có phải thay đổi quyết định này hay không.

- Quý vị không cần phải gửi đơn kháng cáo Cấp 2. Chúng tôi sẽ tự động gửi mọi quyết định từ chối (tất cả hay một phần) của chúng tôi cho IRE. Quý vị sẽ được thông báo khi việc này diễn ra.
- IRE được Medicare tuyển dụng và không có quan hệ gì với chương trình này.
- Quý vị có thể yêu cầu bản sao bằng cách gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711).

IRE phải trả lời đơn Kháng cáo Cấp 2 của quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị (hoặc trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị cho thuốc kê toa Medicare Phần B). Quy định này sẽ được áp dụng khi quý vị gửi đơn kháng cáo trước khi nhận dịch vụ hoặc khoản mục y tế.

- Tuy nhiên, nếu IRE cần phải thu thập thêm các thông tin có lợi cho quý vị, họ có thể cần sử dụng thêm 14 ngày theo lịch nữa. Nếu IRE cần thêm thời gian để đưa ra quyết định, họ sẽ thông báo cho quý vị bằng thư. IRE không thể kéo dài thêm thời gian để ra quyết định nếu kháng cáo của quý vị là về thuốc kê toa Medicare Phần B.

Nếu quý vị đã "kháng cáo nhanh" ở Cấp 1, quý vị sẽ tự động được kháng cáo nhanh ở Cấp 2. IRE này phải trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ kể từ khi họ nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

- Tuy nhiên, nếu IRE cần phải thu thập thêm các thông tin có lợi cho quý vị, họ có thể cần sử dụng thêm 14 ngày theo lịch nữa. Nếu IRE cần thêm thời gian để đưa ra quyết định, họ sẽ thông báo cho quý vị bằng thư. IRE không thể kéo dài thêm thời gian để ra quyết định nếu kháng cáo của quý vị là về kê toa Medicare Phần B.

Quyền lợi của tôi có còn được tiếp tục cung cấp không trong khi đang kháng cáo Cấp 2?

Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc khoản mục được Medicare đài thọ, phúc lợi dịch vụ hoặc khoản mục đó của quý vị sẽ không được tiếp tục cung cấp trong khi đang kháng cáo Cấp 2 với Tổ chức Đánh giá Độc lập.

Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc khoản mục được Medi-Cal bảo hiểm và quý vị yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang, các quyền lợi Medi-Cal cho dịch vụ hoặc khoản mục đó của quý vị có thể sẽ được tiếp tục cung cấp cho đến khi có kết quả điều trần. Quý vị phải yêu cầu mở phiên điều trần **vào hoặc trước thời hạn nào trễ hơn** sau đây thì mới được tiếp tục nhận quyền lợi:

- Trong vòng 10 ngày kể từ ngày gửi thư cho quý vị thông báo quyết định quyền lợi bất lợi (quyết định kháng cáo Cấp 1) đã được xác nhận; **hoặc**
- Ngày dự định hành động đó có hiệu lực.

Nếu quý vị đáp ứng được thời hạn này, quý vị có thể sẽ tiếp tục được nhận dịch vụ hoặc khoản mục đang tranh chấp đó cho đến khi có quyết định phân xử.

Làm thế nào để biết về quyết định đó?

Nếu Kháng cáo Cấp 2 của quý vị được giải quyết bằng một cuộc Đánh giá Y tế Độc lập, Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý (Department of Managed Health Care) sẽ gửi thư cho quý vị để giải thích quyết định của các bác sĩ đã đánh giá ca bệnh của quý vị.

- Nếu quyết định Đánh giá Y tế Độc lập là **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc liệu pháp điều trị đó cho quý vị.
- Nếu quyết định Đánh giá Y tế Độc lập là **Không đồng ý**với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, tức là họ đồng ý với quyết định của Cấp 1. Quý vị vẫn có thể yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang. Xem trang 193 để tìm hiểu về việc yêu cầu mở Phiên Phân xử của Tiểu bang.

Nếu Kháng cáo Cấp 2 của quý vị được giải quyết bằng Phiên Điều trần của Tiểu bang, Phòng Dịch vụ Xã hội California (California Department of Social Services) sẽ gửi thư cho quý vị để cho biết về quyết định của họ.

- Nếu quyết định của Phiên Điều trần là **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải tuân theo quyết định đó. Chúng tôi phải thực hiện (các) hành động được nêu trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được bản sao của quyết định đó.
- Nếu quyết định của Phiên Điều trần là **Không** đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, tức là họ đồng ý với quyết định của Cấp 1. Chúng tôi có thể ngừng mọi khoản hỗ trợ được thanh toán trong khi chờ mà quý vị đang được nhận.

Nếu Kháng cáo Cấp 2 của quý vị được giải quyết qua Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity, IRE), họ sẽ gửi thư cho quý vị để cho biết về quyết định của họ.

- Nếu IRE nói **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu trong kháng cáo thường của quý vị, chúng tôi phải cho phép bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế

đó trong vòng 72 giờ hoặc cung cấp dịch vụ hoặc khoản mục đó cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRE. Nếu quý vị kháng cáo nhanh, chúng tôi phải cho phép bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế đó hoặc cung cấp dịch vụ hoặc khoản mục đó cho quý vị trong vòng 72 giờ kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRE.

- Nếu IRE nói **Có** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu trong kháng cáo tiêu chuẩn cho thuốc kê toa Medicare Phần B, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc kê toa Medicare Phần B trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRE. Nếu quý vị kháng cáo nhanh, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc kê toa Medicare Phần B trong vòng 24 giờ kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRE.
- Nếu IRE nói **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, tức là họ đồng ý với quyết định của Cấp 1. Việc này được gọi là “ủng hộ quyết định.” Người ta cũng gọi là "bác kháng cáo của quý vị".

Nếu quyết định là Không đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì tôi yêu cầu, tôi có được kháng cáo tiếp nữa không?

Nếu Kháng cáo Cấp 2 của quý vị đã được giải quyết bằng Đánh giá Y tế Độc lập, quý vị có thể yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang. Xem trang 193 để tìm hiểu về việc yêu cầu mở Phiên Phân xử của Tiểu bang.

Nếu Kháng cáo Cấp 2 của quý vị đã được giải quyết bằng Phiên Điều trần của Tiểu bang, quý vị có thể yêu cầu phân xử lại trong vòng 30 ngày sau khi quý vị nhận được quyết định. Quý vị có thể yêu cầu tòa án xem xét lại quyết định từ chối của Phiên Phân xử của Tiểu bang bằng cách nộp đơn yêu cầu Tòa Thượng thẩm (Superior Court) tái xét(theo Bộ luật về Thủ tục Dân sự Mục 1094.5) trong vòng một năm kể từ khi quý vị nhận được quyết định đó. Quý vị không được xin IMR nếu quý vị đã được mở Phiên Điều trần của Tiểu bang cho cùng một vấn đề rồi.

Nếu Kháng cáo Cấp 2 của quý vị được giải quyết qua Tổ chức Đánh giá Độc lập của Medicare (Medicare Independent Review Entity, IRE), quý vị chỉ được kháng cáo thêm lần nữa khi giá trị tính bằng đô la của dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị muốn đạt một mức tối thiểu nào đó. Thư của IRE gửi cho quý vị sẽ cho biết các quyền về kháng cáo thêm mà quý vị có thể có.

Xem phần I trên trang 227 để biết thêm về các cấp kháng cáo nữa.

E5. Các vấn đề về thanh toán

Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp trong hệ thống gửi hóa đơn cho quý vị cho các dịch vụ hoặc khoản mục được bảo hiểm. Điều này vẫn đúng khi chúng tôi trả tiền cho nhà cung cấp dịch vụ thấp mức họ tính cho dịch vụ hoặc khoản mục được bảo hiểm. Quý vị không bao

giờ phải trả số tiền cân đối của bất kỳ hóa đơn nào. Số tiền duy nhất mà quý vị được yêu cầu phải trả là tiền đồng trả cho các thuốc gốc và thương hiệu.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn quá số tiền đồng trả của quý vị cho các dịch vụ và khoản mục được bảo hiểm, hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. **Quý vị không phải trả hóa đơn đó một mình.** Chúng tôi sẽ trực tiếp liên lạc với nhà cung cấp dịch vụ đó để giải quyết vấn đề này.

Để tìm hiểu thêm, hãy bắt đầu bằng việc đọc Chương 7: "Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi trong hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho những dịch vụ hoặc thuốc được bảo hiểm." Chương 7 mô tả những trường hợp trong đó quý vị có thể sẽ cần yêu cầu thanh toán lại hoặc thanh toán cho một hóa đơn mà quý vị đã nhận được của một nhà cung cấp dịch vụ. Nó cũng cho quý vị biết làm thế nào để gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu chúng tôi thanh toán.

Tôi có thể yêu cầu quý vị trả lại tôi phần chia sẻ chi phí của quý vị cho một dịch vụ hoặc khoản mục mà tôi đã trả không?

Xin nhớ rằng, nếu quý vị nhận được hóa đơn quá số tiền đồng trả của quý vị cho các dịch vụ và khoản mục được bảo hiểm, quý vị không nên tự thanh toán hóa đơn đó. Nhưng nếu quý vị đã lỡ thanh toán hóa đơn đó, quý vị có thể được trả lại nếu quý vị tuân thủ các quy định về việc nhận dịch vụ và khoản mục.

Nếu quý vị đang yêu cầu được trả lại tiền, nghĩa là quý vị đang yêu cầu nhận được một quyết định bảo hiểm. Chúng tôi sẽ xem dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị đã thanh toán có phải là dịch vụ hoặc khoản mục được bảo hiểm hay không, và chúng tôi sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân thủ tất cả các quy định về việc sử dụng bảo hiểm của quý vị hay không.

- Nếu dịch vụ hoặc khoản mục quý vị đã thanh toán được bảo hiểm và quý vị tuân thủ mọi quy tắc, chúng tôi sẽ gửi cho nhà Cung cấp của quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc khoản mục trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ hoặc khoản mục đó, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp số tiền đó cho nhà cung cấp dịch vụ. Khi chúng tôi gửi khoản thanh toán, điều đó giống như thông báo là **Đồng ý** (đối với yêu cầu của quý vị về quyết định bảo hiểm.)
- Nếu dịch vụ hoặc khoản mục đó không được bảo hiểm, hoặc quý vị đã không tuân thủ tất cả các quy định, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị biết là chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ hoặc khoản mục đó, và giải thích lý do tại sao.

Nếu chúng tôi nói chúng tôi sẽ không thanh toán thì sao?

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, **quý vị có thể kháng cáo.** Hãy thực hiện theo quy trình kháng cáo nêu tại Mục E3 trên trang 189. Nếu quý vị thực hiện quy trình này, xin lưu ý:

- Nếu quý vị kháng cáo để xin trả lại tiền, chúng tôi phải trả lời cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị cho dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị đã nhận và tự thanh toán tiền rồi, quý vị sẽ không được yêu cầu thực hiện quy trình kháng cáo nhanh.

Nếu chúng tôi trả lời **không đồng ý** với kháng cáo của quý vị và dịch vụ hoặc khoản mục đó là thường được Medicare bảo hiểm, chúng tôi sẽ tự động chuyển trường hợp của quý vị cho Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity, IRE). Chúng tôi sẽ gửi thư thông báo cho quý vị khi việc này diễn ra.

- Nếu IRE đảo ngược quyết định của chúng tôi và nói chúng tôi phải thanh toán cho quý vị, chúng tôi sẽ phải thanh toán khoản tiền đó cho quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu câu trả lời cho kháng cáo của quý vị là **Đồng ý** ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng cáo sau Cấp 2, chúng tôi phải thanh toán khoản tiền mà quý vị yêu cầu cho quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ trong vòng 60 ngày theo lịch.
- Nếu IRE trả lời **Không Đồng Ý** với kháng cáo của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi không phê duyệt yêu cầu của quý vị. (Việc này được gọi là “ủng hộ quyết định.” Nó cũng được gọi là “bác bỏ kháng nghị của quý vị”. Lá thư quý vị nhận được sẽ giải thích các quyền kháng cáo bổ sung quý vị có thể có. Quý vị chỉ được kháng cáo thêm lần nữa khi giá trị tính bằng đô la của dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị muốn đạt một mức tối thiểu nào đó. Xem phần I trên trang 227 để biết thêm về các cấp kháng cáo nữa.

Nếu chúng tôi nói **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị và dịch vụ hoặc khoản mục đó thường được Medi-Cal bảo hiểm, quý vị có thể tự nộp đơn Kháng cáo Cấp 2 (xem Mục E4 trang 193).

F. Thuốc Phần D

F1. Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề khi lấy thuốc Phần D hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn lại tiền cho một loại thuốc Phần D

Với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi, các quyền lợi mà quý vị được hưởng có bao gồm bảo hiểm nhiều loại thuốc theo toa. Hầu hết các thuốc này đều là "thuốc Phần D".

Có một số ít thuốc mà Medicare Phần D không bảo hiểm nhưng Medi-Cal có thể bảo hiểm. **Mục này chỉ áp dụng cho kháng cáo thuốc Phần D.**

Danh sách Thuốc có một số thuốc được đánh dấu "NPD". Những loại thuốc này **không** phải là thuốc Phần D. Kháng cáo hoặc quyết định bảo hiểm cho thuốc được đánh dấu biểu tượng "NPD" tuân thủ quy trình ở Phần E trên trang 185.

Tôi có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc tiến hành kháng cáo về thuốc kê toa Phần D?

Có. Sau đây là các ví dụ về quyết định đài thọ mà quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra cho các thuốc Phần D của quý vị:

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho hưởng một ngoại lệ như:
  - Yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho một loại thuốc Phần D không nằm trong Danh sách Thuốc của chương trình.
  - Yêu cầu chúng tôi loại bỏ một hạn chế về bảo hiểm của chương trình cho một loại thuốc (ví dụ như giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể được nhận)
- Quý vị yêu cầu chúng tôi nếu một loại thuốc được bảo hiểm cho quý vị (ví dụ khi thuốc của quý vị nằm trong Danh sách Thuốc của chương trình nhưng chúng tôi yêu cầu quý vị phải có chấp thuận của chúng tôi trước khi chúng tôi sẽ bảo hiểm thuốc đó cho quý vị).

LƯU Ý: Nếu nhà thuốc của quý vị nói với quý vị rằng họ không thể bán thuốc theo toa cho quý vị được, quý vị sẽ được nhận thông báo cho biết cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu ra quyết định bảo hiểm.

- Quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho một loại thuốc theo toa mà quý vị đã mua rồi. Đây là việc yêu cầu ra quyết định bảo hiểm về thanh toán.

> **Thuật ngữ pháp lý** cho quyết định bảo hiểm về thuốc Phần D của quý vị là **"xác định bảo hiểm."**

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã ra, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Mục này sẽ hướng dẫn cho quý vị phải làm sao để yêu cầu ra quyết định bảo hiểm **và** làm sao để nộp đơn kháng cáo.

Bảng sau đây sẽ giúp cho quý vị biết được mục nào có thông tin về trường hợp của quý vị:

Quý vị đang ở trong tình huống nào trong các tình huống này?			
Quý vị đang cần một loại thuốc không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi hoặc muốn chúng tôi loại bỏ một quy định hay hạn chế cho một loại thuốc mà chúng tôi bảo hiểm?	Quý vị muốn chúng tôi đài thô cho một loại thuốc nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi và tin rằng quý vị tuân thủ mọi quy định hoặc hạn chế của chương trình (như xin chấp thuận trước chẳng hạn) cho thuốc mà quý vị cần?	Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị cho một loại thuốc mà quý vị đã nhận và trả tiền rồi?	Chúng tôi đã nói với quý vị rằng chúng tôi sẽ không bảo hiểm hoặc thanh toán cho một loại thuốc theo cách mà quý vị muốn nó sẽ được bảo hiểm hoặc thanh toán?
Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi tạo một ngoại lệ. (Đây là một loại quyết định bảo hiểm).	**Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi quyết định bảo hiểm.**	**Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị.** (Đây là một loại quyết định bảo hiểm).	**Quý vị có thể đưa ra khiếu nại.** (Điều này có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi xem xét lại.)
Bắt đầu với **Mục F2** trên trang 203. Cũng xem Mục F3 và F4 trên trang 204 và 206.	Chuyển thẳng đến **Mục F4** trên trang 206.	Chuyển thẳng đến **Mục F4** trên trang 206.	Chuyển thẳng đến **Mục F5** trên trang 209.

F2. Có ngoại lệ nào

Ngoại lệ là việc cho phép được bảo hiểm cho một loại thuốc thường không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi hoặc sử dụng thuốc đó mà không phải tuân theo các quy định hoặc giới hạn nào đó. Nếu một loại thuốc không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi,

hoặc không được bảo hiểm theo cách mà quý vị muốn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho quý vị hưởng "ngoại lệ".

Khi quý vị xin hưởng ngoại lệ, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị sẽ cần phải giải thích lý do về mặt y tế vì sao quý vị cần được hưởng ngoại lệ.

Sau đây là những ví dụ về ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hay người kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi cho hưởng:

1. Bảo hiểm cho một loại thuốc Phần D không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi.
   - Nếu chúng tôi đồng ý cho hưởng ngoại lệ và bảo hiểm cho một loại thuốc không nằm trong Danh sách Thuốc, quý vị sẽ phải thanh toán phần chia sẻ chi phí áp dụng cho các thuốc ở Bậc 3 đối với thuốc thương hiệu và Bậc 2 đối với thuốc gốc.
   - Quý vị không được xin hưởng ngoại lệ cho số tiền đồng trả hoặc đồng bảo hiểm mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho thuốc đó.
2. Loại bỏ một hạn chế về bảo hiểm của chúng tôi. Cũng có các quy định hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số thuốc nào đó trong Danh sách Thuốc (để tìm hiểu thêm, xem Chương 5 Mục C).
   - Các quy định và hạn chế bổ sung về bảo hiểm cho một số thuốc nào đó gồm có:
     - Được yêu cầu sử dụng phiên bản thuốc gốc thay vì thuốc chính hiệu.
     - Phải được chương trình chấp thuận trước thì chúng tôi mới bảo hiểm thuốc đó cho quý vị. (Đôi lúc còn được gọi là “cho phép trước.”)
     - Phải thử dùng một loại thuốc khác trước thì chúng tôi mới đồng ý bảo hiểm cho thuốc mà quý vị xin. (Việc này đôi khi còn được gọi là "liệu pháp bước").
     - Giới hạn số lượng. Với một số loại thuốc, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc mà quý vị có thể mua.
   - Nếu chúng tôi đồng ý cho hưởng ngoại lệ là loại bỏ một hạn chế cho quý vị, quý vị vẫn phải yêu cầu hưởng ngoại lệ cho số tiền đồng trả mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho loại thuốc đó.

> **Thuật ngữ pháp lý** cho yêu cầu loại bỏ hạn chế bảo hiểm đối với thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu **“ngoại lệ đối với danh mục thuốc.”**

F3. Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu hưởng ngoại lệ

Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải cho chúng tôi biết các lý do về mặt y tế

Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải cung cấp giấy xác nhận nêu rõ cho chúng tôi các lý do về mặt y tế cho việc yêu cầu hưởng ngoại lệ của quý vị. Quyết định của chúng tôi về ngoại lệ sẽ nhanh hơn nếu quý vị gửi kèm theo thông tin của bác sĩ hoặc người kê toa khác khi quý vị yêu cầu hưởng ngoại lệ.

Danh sách Thuốc của chúng tôi thường có nhiều loại thuốc trị cùng một loại bệnh cụ thể. Các thuốc này được gọi là "thuốc thay thế". Nếu thuốc thay thế có hiệu quả tương đương như thuốc quý vị xin, và không gây thêm các tác dụng phụ hoặc vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường không chấp thuận cho yêu cầu hưởng ngoại lệ của quý vị.

Chúng tôi sẽ trả lời Đồng ý hoặc Không Đồng ý cho yêu cầu hưởng ngoại lệ của quý vị

- Nếu chúng tôi nói **Đồng ý** với yêu cầu của quý vị về việc xin ngoại lệ, ngoại lệ đó thường sẽ được kéo dài cho đến khi kết thúc năm theo lịch. Ngoại lệ này sẽ vẫn được duy trì nếu bác sĩ của quý vị vẫn tiếp tục kê thuốc đó cho quý vị và thuốc đó vẫn tiếp tục an toàn và có hiệu quả điều trị bệnh của quý vị.

- Nếu chúng tôi nói **Không đồng ý** với yêu cầu hưởng ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể yêu cầu xem xét lại quyết định của chúng tôi bằng cách kháng cáo. Mục F5 trên trang 209 cho biết phải làm sao để kháng cáo khi chúng tôi nói **Không đồng ý**.

Mục kế tiếp sẽ cho quý vị biết phải làm sao để yêu cầu ra quyết định bảo hiểm, bao gồm cả ngoại lệ.

F4. Phải làm sao để yêu cầu ra quyết định bảo hiểm cho thuốc Phần D hoặc thanh toán lại cho một loại thuốc Phần D, kể cả xin được hưởng ngoại lệ

Những gì cần làm

- Yêu cầu loại quyết định bảo hiểm quý vị muốn. Gọi điện, viết thư, hoặc fax cho chúng tôi để yêu cầu. Quý vị, người đại diện của quý vị, hoặc bác sỹ của quý vị (hoặc bác sỹ kê đơn khác) có thể làm việc này. Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số 1-888-697-8122 (TTY: 711).
- Quý vị hay bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) hay một người nào khác hành động thay cho quý vị có thể yêu cầu ra quyết định bảo hiểm. Quý vị cũng có thể nhờ luật sư thực hiện thay mặt quý vị.
- Đọc Mục D trên trang 182 để biết làm sao để cho phép người khác làm đại diện cho quý vị.
- Quý vị không cần phải cấp giấy phép cho bác sĩ hoặc người kê toa khác để thay mặt quý vị yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm.
- Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị cho một loại thuốc, xin đọc Chương 7 của cẩm nang này. Chương 7 cũng có nêu những lúc mà quý vị có thể cần yêu cầu thanh toán lại. Chương này cũng cho biết làm thế nào để gửi cho chúng tôi chứng từ yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị khoản chia sẻ của chúng tôi cho chi phí thuốc mà quý vị đã trả.
- Nếu quý vị yêu cầu hưởng ngoại lệ, hãy cung cấp "giấy xác nhận ủng hộ". Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải cho chúng tôi biết các lý do về mặt y tế cho việc yêu cầu hưởng ngoại lệ thuốc của quý vị. Chúng tôi gọi đây là "giấy xác nhận ủng hộ".
- Bác sỹ của quý vị hoặc bác sỹ kê đơn khác có thể fax hoặc gửi bằng thư bản tường trình này đến chúng tôi. Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị cũng có thể nói với chúng tôi qua điện thoại, rồi gửi giấy xác nhận qua fax hoặc thư sau.

Sơ lược: Cách yêu cầu ra quyết định bảo hiểm cho thuốc hoặc yêu cầu thanh toán

Gọi điện, viết thư, hoặc fax cho chúng tôi để yêu cầu, hoặc nhờ đại diện hay bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị yêu cầu. Chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị theo quyết định bảo hiểm thường trong vòng 72 giờ. Chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị về việc thanh toán lại cho quý vị cho loại thuốc Phần D mà quý vị đã thanh toán rồi trong vòng 14 ngày theo lịch.

- Nếu quý vị yêu cầu hưởng ngoại lệ, xin gửi kèm theo giấy xác nhận của bác sĩ hoặc người kê toa ủng hộ cho yêu cầu của quý vị.
- Quý vị hoặc bác sĩ hay người kê toa khác của quý vị có thể yêu cầu ra quyết định nhanh. (Quyết định nhanh thường là trong vòng 24 giờ).
- Đọc mục này để biết quý vị có đủ điều kiện để được quyết định nhanh hay không! Mục này cũng có nêu thời hạn của quyết định.

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu chúng tôi ra "quyết định bảo hiểm nhanh"

Chúng tôi sẽ sử dụng "thời hạn thường" nếu chúng tôi không đồng ý sử dụng "thời hạn nhanh".

- **Quyết định bảo hiểm thường** nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được giấy xác nhận của bác sĩ quý vị.
- **Quyết định bảo hiểm nhanh** nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được giấy xác nhận của bác sĩ quý vị.

Thuật ngữ pháp lý cho "quyết định bảo hiểm nhanh" là **"quyết định bảo hiểm cấp tốc."**

Quý vị chỉ được ra quyết định bảo hiểm nhanh khi quý vị yêu cầu chúng tôi quyết định cho một loại thuốc mà quý vị chưa được nhận. (Quý vị sẽ không được quyết định nhanh nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị cho một loại thuốc mà quý vị đã mua rồi).

Quý vị chỉ được ra quyết định bảo hiểm nhanh nếu việc sử dụng thời hạn thông thường có thể sẽ gây hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc tổn hại cho chức năng cơ thể của quý vị.

Nếu bác sĩ hay người kê toa khác của quý vị nói với chúng tôi rằng tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi phải ra "quyết định bảo hiểm nhanh", chúng tôi sẽ tự động đồng ý ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị, và gửi thư báo cho quý vị biết.

- Nếu quý vị tự mình yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh (không có hỗ trợ của bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác) thì chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có được quyết định bảo hiểm nhanh hay không.
- Nếu chúng tôi xác định được rằng bệnh trạng của quý vị không đáp ứng được các yêu cầu để được ra quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn thường.
    - Chúng tôi sẽ gửi thư báo cho quý vị về việc đó. Thư này sẽ chỉ dẫn cho quý vị cách khiếu nại quyết định của chúng tôi là ra quyết định bảo hiểm thường cho quý vị.
    - Quý vị có thể "khiếu nại nhanh" để được nhận quyết định cho khiếu nại của quý vị trong 24 giờ. Để tìm hiểu thêm về quy trình khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, xin xem Mục J trên trang 229.

Thời hạn của "quyết định bảo hiểm nhanh"

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị trong vòng 24 giờ. Tức là trong 24 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Hoặc, nếu

quý vị yêu cầu hưởng ngoại lệ, thì đó là 24 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được giấy xác nhận của bác sĩ hay người kê toa khác ủng hộ cho yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu phải như vậy.

- Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Ở Cấp 2, một Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity) sẽ xem xét lại yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải bảo hiểm cho quý vị trong 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc giấy xác nhận của bác sĩ hay người kê toa khác của quý vị ủng hộ cho yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích cho quý vị biết tại sao chúng tôi **Không đồng ý**. Bức thư cũng sẽ giải thích cách quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho “quyết định bảo hiểm thông thường” về loại thuốc quý vị vẫn chưa nhận

- Nếu chúng tôi sử dụng các thời hạn thường, chúng tôi phải trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Hoặc, nếu quý vị yêu cầu hưởng ngoại lệ, thì đó là sau khi chúng tôi nhận được giấy xác nhận của bác sĩ hay người kê toa khác ủng hộ cho yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu phải như vậy.
- Nếu chúng tôi không tuân thủ thời hạn này, chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Ở Cấp 2, một Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity) sẽ xem xét lại yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải chấp thuận hoặc đài thọ trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc, nếu quý vị yêu cầu hưởng ngoại lệ, giấy xác nhận ủng hộ của bác sĩ hay người kê toa của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích cho quý vị biết tại sao chúng tôi **Không đồng ý**. Bức thư cũng sẽ giải thích cách quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Thời hạn của "quyết định bảo hiểm thường" cho việc thanh toán cho một loại thuốc mà quý vị đã mua rồi

- Chúng tôi phải trả lời cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

- Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Ở Cấp 2, một Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity) sẽ xem xét lại yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích cho quý vị biết tại sao chúng tôi **Không đồng ý**. Bức thư cũng sẽ giải thích cách quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

F5. Kháng cáo Cấp 1 về thuốc Phần D

- Để tiến hành kháng cáo, quý vị, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị, hay đại diện của quý vị phải liên hệ với chúng tôi.
- Nếu sắp yêu cầu một kháng cáo thông thường, quý vị có thể tiến hành kháng cáo bằng cách gửi một yêu cầu bằng văn bản. Quý vị cũng có thể yêu cầu tiến hành kháng cáo bằng cách gọi điện thoại cho chúng tôi theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Nếu quý vị muốn kháng cáo nhanh, quý vị có thể kháng cáo bằng văn bản hoặc gọi điện cho chúng tôi.
- Quý vị phải kháng cáo **trong vòng 60 ngày** theo lịch kể từ ngày ghi trên thông báo mà chúng tôi đã gửi cho quý vị để cho biết quyết định của chúng tôi. Nếu quý vị đã bị lỡ hạn này và có lý do chính đáng cho việc lỡ hạn đó, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để quý vị kháng cáo. Ví dụ như, lý do chính đáng để bị lỡ hạn là quý vị bị ốm nặng không liên hệ được với chúng tôi hay chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu tiến hành kháng cáo.

Sơ lược: Làm sao để Kháng cáo Cấp 1

Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa, hoặc người đại diện của quý vị có thể đưa đề nghị của quý vị vào văn bản và gửi thư hoặc gửi bản fax cho chúng tôi. Quý vị cũng có thể yêu cầu tiến hành vụ kháng cáo bằng cách gọi điện thoại cho chúng tôi.

- Yêu cầu **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ khi ngày trên quyết định mà quý vị đang kháng cáo. Nếu quý vị không đáp ứng được thời hạn này nhưng có lý do chính đáng, quý vị vẫn có thể kháng cáo.
- Quý vị, bác sĩ hoặc người kê toa, hay đại diện của quý vị có thể gọi điện thoại cho chúng tôi để yêu cầu kháng cáo nhanh.
- Đọc mục này để biết quý vị có đủ điều kiện để được quyết định nhanh hay không! Mục này cũng có nêu thời hạn của quyết định.

- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao các thông tin về kháng cáo của quý vị. Để nhận bản sao, quý vị có thể gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711).

> **Thuật ngữ pháp lý** cho kháng cáo chương trình về một quyết định bảo hiểm thuốc Phần D là **"tái xác định."**

Nếu muốn, quý vị và bác sỹ của quý vị hoặc bác sỹ kê đơn khác có thể cho chúng tôi thông tin bổ sung để hỗ trợ khiếu nại của quý vị.

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu chúng tôi tiến hành "kháng cáo nhanh"

- Nếu quý vị kháng cáo một quyết định của chương trình chúng tôi cho một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và bác sĩ hay người kê toa khác của quý vị sẽ cần xác định xem quý vị có cần "kháng cáo nhanh" hay không?
- Các yêu cầu để được "kháng cao nhanh" cũng tương tự như các yêu cầu để được "quyết định đài thọ nhanh" trong Mục F4 trên trang 206.

> **Thuật ngữ pháp lý** cho "kháng cáo nhanh" là **"tái xác định cấp tốc."**

Chương trình chúng tôi sẽ xem xét kháng cáo của quý vị và cho biết quyết định của chúng tôi.

- Chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận một lần nữa tất cả mọi thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ tất cả mọi quy định không khi nói **Không đồng ý** với yêu cầu của quý vị. Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị hoặc với bác sỹ của quý vị hoặc bác sỹ kê đơn khác để có thêm thông tin. Người xem xét sẽ không phải là người ra quyết định bảo hiểm ban đầu.

Thời hạn của "kháng cáo nhanh"

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị, hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi phải làm thế.
- Nếu chúng tôi không trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Ở Cấp 2, một Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity) sẽ xem xét lại kháng cáo của quý vị.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ bảo hiểm trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích cho quý vị biết tại sao chúng tôi **Không đồng ý**.

Thời hạn của "kháng cáo thường"

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn thường, chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị, hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi phải làm thế, trừ nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị cho một loại thuốc mà quý vị đã mua rồi Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho loại thuốc quý vị đã mua rồi, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị. Nếu quý vị cho rằng tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi phải làm thế, hãy yêu cầu "kháng cáo nhanh".
- Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch, hoặc 14 ngày nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho loại thuốc quý vị đã mua, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình khiếu nại. Ở Cấp 2, một Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity) sẽ xem xét lại kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu:
  - Nếu chúng tôi chấp thuận cho yêu cầu bảo hiểm, chúng tôi phải nhanh chóng bảo hiểm cho quý vị cho kịp với yêu cầu của sức khỏe quý vị, nhưng không quá 7 ngày theo lịch sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị, hoặc 14 ngày nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho loại thuốc quý vị đã mua.
  - Nếu chúng tôi chấp thuận cho yêu cầu thanh toán lại cho quý vị cho một loại thuốc mà quý vị đã mua rồi, chúng tôi sẽ thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích cho quý vị biết tại sao chúng tôi **Không đồng ý** và cho biết phải làm sao để kháng cáo quyết định của chúng tôi.

F6. Kháng cáo Cấp 2 về thuốc Phần D

Nếu chúng tôi trả lời là **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả nội dung kháng cáo của quý vị, quý vị có thể xác định xem có thể chấp nhận được quyết định này hay không hoặc tiếp tục kháng cáo. Nếu quý vị quyết định Kháng cáo lên Cấp 2, Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity, IRE) sẽ xem xét lại quyết định của chúng tôi.

- Nếu quý vị muốn IRE xem xét trường hợp của quý vị, quý vị phải kháng cáo bằng văn bản. Thư chúng tôi gửi cho quý vị về quyết định của chúng tôi trong Kháng cáo Cấp 1 sẽ cho biết phải làm sao để Kháng cáo Cấp 2.
- Khi quý vị kháng cáo với IRE, chúng tôi sẽ chuyển hồ sơ trường hợp của quý vị cho họ. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị một bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị bằng cách gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng số 1-855-905-3825 (TTY: 711).

Sơ lược: Làm sao để Kháng cáo Cấp 2

Nếu quý vị muốn Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity) xem xét trường hợp của quý vị, quý vị phải kháng cáo bằng văn bản.

- Yêu cầu **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ khi ngày trên quyết định mà quý vị đang kháng cáo. Nếu quý vị không đáp ứng được thời hạn này nhưng có lý do chính đáng, quý vị vẫn có thể kháng cáo.
- Quý vị, bác sĩ hoặc người kê toa khác hay đại diện của quý vị có thể yêu cầu Kháng cáo Cấp 2.
- Đọc mục này để biết quý vị có đủ điều kiện để được quyết định nhanh hay không! Mục này cũng có nêu thời hạn của quyết định.

- Quý vị có quyền cung cấp cho IRE thông tin khác để ủng hộ cho kháng cáo của quý vị.
- IRE là một tổ chức độc lập do Medicare tuyển dụng. Họ không có quan hệ gì với chương trình này và không phải là cơ quan của chính phủ.
- Người đánh giá của IRE sẽ xem xét cẩn thận tất cả mọi thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị. Tổ chức này sẽ gửi thư cho quý vị để cho biết quyết định của họ.

Thuật ngữ pháp lý cho kháng cáo với IRE về thuốc Phần D là **"tái xét".**

Thời hạn của "kháng cáo nhanh" ở Cấp 2

- Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity, IRE) tiến hành "kháng cáo nhanh".
- Nếu IRE đồng ý cho quý vị "kháng cáo nhanh", họ phải trả lời cho Kháng cáo Cấp 2 của quý vị trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

- Nếu IRE trả lời **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải cho phép hoặc bảo hiểm thuốc đó cho quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được quyết định của họ.

Thời hạn của "kháng cáo thường" ở Cấp 2

- Nếu quý vị kháng cáo thường ở Cấp 2, Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity, IRE) phải trả lời cho Kháng cáo Cấp 2 của quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch kể từ khi họ nhận được đơn kháng cáo của quý vị, hoặc 14 ngày nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho loại thuốc quý vị đã mua.
- Nếu IRE trả lời **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải cho phép hoặc bảo hiểm thuốc đó cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được quyết định của họ.
- Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity, IRE) chấp thuận yêu cầu thanh toán lại cho quý vị cho một loại thuốc mà quý vị đã mua rồi, chúng tôi sẽ thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định của họ.

Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity) nói Không đồng ý với Kháng cáo Cấp 2 của quý vị thì sao?

Không đồng ý có nghĩa là Tổ chức Đánh giá độc lập (Independent Review Entity, IRE) đồng ý với quyết định của chúng tôi là không chấp thuận cho yêu cầu của quý vị. Việc này được gọi là “ủng hộ quyết định.” Người ta cũng gọi là "bác kháng cáo của quý vị".

Nếu quý vị muốn kháng cáo lên Cấp 3 của quy trình kháng cáo, thì giá trị tính bằng đô la của thuốc của quý vị phải đạt một mức tối thiểu nào đó. Nếu giá trị tính bằng đô la nhỏ hơn mức tối thiểu, quý vị hoàn toàn không được kháng cáo thêm. Nếu giá trị tính bằng đô la đủ cao, quý vị có thể kháng cáo lên Cấp 3. Lá thư mà IRE gửi cho quý vị sẽ cho biết giá trị tính bằng đô la cần thiết để được kháng cáo tiếp.

G. Yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thời gian nằm viện lâu hơn

Khi nhập viện, quý vị có quyền được hưởng tất cả dịch vụ của bệnh viện được chúng tôi bảo hiểm mà cần thiết cho việc chẩn đoán và điều trị căn bệnh hoặc thương tổn của quý vị.

Trong thời gian nằm viện được bảo hiểm, bác sĩ của quý vị và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày ra viện của quý vị. Họ cũng sẽ sắp xếp cho bất kỳ việc chăm sóc nào mà quý vị có thể cần sau khi xuất viện.

- Ngày quý vị ra viện được gọi là "ngày xuất viện".
- Bác sĩ và nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết ngày nào sẽ xuất viện.

Nếu quý vị cho rằng quý vị bị bắt phải xuất viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu được ở lại bệnh viện lâu hơn. Mục này sẽ cho quý vị biết cách làm thế nào để yêu cầu.

G1. Tìm hiểu về các quyền theo chương trình Medicare của quý vị

Trong vòng hai ngày sau khi quý vị được nhập viện, một nhân viên phụ trách hoặc y tá sẽ cung cấp cho quý vị một thông báo được gọi là Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Quyền của quý vị. Nếu quý vị không được nhận thông báo này, hãy hỏi bất kỳ nhân viên nào để yêu cầu cung cấp. Quý vị có thể gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần. Cuộc gọi được miễn phí. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Đọc thông báo này cẩn thận rồi hỏi bất kỳ điều gì mà quý vị không hiểu. “Thông báo Quan trọng” này cho quý vị biết các quyền của quý vị với tư cách là bệnh nhân của bệnh viện, các quyền đó gồm có:

- Được nhận các dịch vụ được Medicar bảo hiểm trong khi nằm viện và sau khi xuất viện. Được biết đó là những dịch vụ nào, ai sẽ thanh toán cho các dịch vụ đó, và quý vị có thể nhận các dịch vụ đó ở đâu.
- Được tham gia vào bất cứ quyết định nào về thời gian nằm viện của quý vị.
- Được biết nơi để báo cáo bất kỳ lo ngại nào của quý vị về chất lượng chăm sóc của bệnh viện quý vị.
- Được kháng cáo nếu quý vị nghĩ rằng quý vị bị buộc phải xuất viện quá sớm.

Quý vị phải ký tên vào thông báo Medicare để thể hiện rằng quý vị đã nhận được và hiểu các quyền của quý vị. Ký thông báo này **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với ngày xuất viện mà quý vị đã được bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện cho biết.

Hãy lưu lại bản sao của thông báo đã ký để quý vị có thông tin trong đó khi cần dùng.

- Để được xem bản sao của thông báo này trước, quý vị có thể gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần. Cuộc gọi được miễn phí. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí.
- Quý vị cũng có thể xem thông báo trực tuyến tại địa chỉ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Nếu quý vị cần trợ giúp xin gọi cho Ban bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc Medicare theo các số nói trên.

G2. Kháng Cáo Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Nếu quý vị muốn chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ nội trú bệnh viện của quý vị được lâu hơn, quý vị phải nộp đơn kháng cáo. Một Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) sẽ xem xét Kháng cáo Cấp 1 để xem ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị có phù hợp về mặt y tế với quý vị không. Tại California, Tổ chức Cải thiện Chất lượng được gọi là Livanta BFCC- QIO.

Để kháng cáo thay đổi ngày xuất viện của quý vị, xin gọi cho Chương Livanta BFCC-QIO theo số: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668.

Gọi ngay lập tức!

Hãy gọi cho Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) **trước khi** quý vị rời khỏi bệnh viện và không sau ngày xuất viện theo kế hoạch. “Thông báo Quan trọng của Medicare về các Quyền của Quý vị” có chỉ dẫn cách liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization).

- **Nếu quý vị gọi trước khi rời bệnh viện,** quý vị được phép ở lại sau ngày xuất viện theo kế hoạch mà không phải trả tiền cho việc này trong thời gian quý vị chờ nhận quyết định của Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) cho kháng cáo của quý vị.
- **Nếu quý vị không gọi để kháng cáo,** và quyết định ở lại bệnh viện đến sau ngày xuất viện theo kế hoạch, quý vị có thể sẽ phải thanh toán tất cả mọi chi phí cho dịch vụ chăm sóc của bệnh viện mà quý vị nhận sau ngày xuất viện theo kế hoạch.

Sơ lược: Cách kháng cáo Cấp 1 về thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Gọi cho Tổ chức Cải thiện Chất lượng phụ trách tiểu bang của quý vị theo số 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) và yêu cầu “rà soát nhanh”.

Hãy gọi trước khi quý vị rời bệnh viện và trước ngày xuất viện theo kế hoạch.

- **Nếu quý vị đã bỏ lỡ thời hạn** để liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng về khiếu nại của mình, quý vị có thể đưa khiếu nại của mình trực tiếp đến chương trình của chúng tôi để thay thế. Để được biết chi tiết, xin xem Mục G4, trang 218.
- Vì nằm viện được cả Medicare và Medi-Cal bảo hiểm, Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) không thụ lý yêu cầu của quý vị được tiếp tục nằm viện, hoặc quý vị tin rằng trình trạng của quý vị là khẩn cấp, liên quan đến mối đe dọa nghiêm trọng và ngay lập tức đến sức khỏe của mình, hoặc quý vị bị đau dữ dội, quý vị cũng có thể nộp khiếu nại lên hoặc yêu cầu Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý (DMHC) của California cho Đánh giá Y tế Độc lập. Xem Mục E4 trên trang 193 để biết cách nộp khiếu nại lên và yêu cầu DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập.

Chúng tôi muốn bảo đảm quý vị biết được những việc cần làm và các thời hạn.

- **Yêu cầu giúp đỡ nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp vào bất cứ lúc nào, xin gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng số 1-855-905-3825 (TTY: 711). Quý vị cũng có thể gọi cho Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) theo số 1-800-434-0222. Hoặc quý vị cũng có thể gọi cho Chương trình Cal MediConnect Ombuds theo số 1-855-501-3077.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) là gì?

Đó là một nhóm bác sĩ và các chuyên viên y tế khác được chính quyền liên bang trả lương. Các chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi. Họ được Medicare trả lương để kiểm tra và trợ giúp cải thiện chất lượng cho việc chăm sóc y tế cho người có Medicare.

Yêu cầu "xem xét nhanh"

Quý vị phải yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) "**xem xét nhanh**" cho việc xuất viện của quý vị. Yêu cầu "xem xét nhanh" nghĩa là quý vị yêu cầu tổ chức này sử dụng thời hạn nhanh cho cuộc kháng cáo chứ không sử dụng thời hạn thường.

> **Thuật ngữ pháp lý** cho “rà soát nhanh” là **“rà soát ngay lập tức.”**

Cuộc xem xét nhanh sẽ diễn ra như thế nào??

- Người xem xét của Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) sẽ hỏi quý vị hoặc đại diện của quý vị tại sao quý vị lại cho rằng phải bảo hiểm tiếp sau ngày xuất viện theo kế hoạch. Quý vị không cần phải chuẩn bị bất cứ điều gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.
- Người xem xét sẽ xem xét hồ sơ y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị, và xem xét tất cả các thông tin liên quan đến thời gian nằm viện của quý vị.
- Trước buổi trưa ngày hôm sau khi người xét duyệt thông báo cho chúng tôi về kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ nhận được một thư thông báo ngày xuất viện dự kiến của quý vị. Thư này giải thích các lý do vì sao bác sĩ, bệnh viện, và chúng tôi lại cho rằng quý vị xuất viện vào ngày đó là hợp lý.

> **Thuật ngữ pháp lý** cho phần giải thích bằng văn bản này được gọi là **“Thông báo Chi tiết việc Xuất viện.”** Quý vị có thể xin một mẫu bằng cách gọi bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711). Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể xem thông báo trực tuyến tại địa chỉ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Nếu câu trả lời là Đồng ý thì sao?

- Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) nói **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị, chúng tôi phải tiếp tục bảo hiểm cho các dịch vụ bệnh viện của quý vị cho đến khi nào dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.

Nếu câu trả lời là Không đồng ý thì sao?

- Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) nói **Không Đồng ý** với khiếu nại của quý vị, họ sẽ nói rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Nếu việc này diễn ra, thì bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện của quý vị sẽ kết thúc vào trưa của ngày sau khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) trả lời cho quý vị.

- Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) nói **Không Đồng ý** mà quý vị vẫn quyết định ở lại bệnh viện, quý vị có thể sẽ phải thanh toán cho thời gian tiếp tục ở lại bệnh viện đó. Chi phí của dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị có thể phải thanh toán được tính bắt đầu từ buổi trưa của ngày sau khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) trả lời cho quý vị.

- Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) bác kháng cáo của quý vị, và quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị, quý vị có thể Kháng cáo Cấp 2 như mô tả tại mục tiếp theo.

G3. Kháng Cáo Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) đã bác kháng cáo của quý vị, và quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị, quý vị có thể Kháng cáo Cấp 2. Quý vị sẽ cần liên hệ lại với Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) để yêu cầu xem xét lại lần nữa.

Yêu cầu xét duyệt Cấp 2 **trong vòng 60 ngày** sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) trả lời **Không Đồng ý** với Kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ được yêu cầu mở cuộc xem xét này nếu quý vị còn ở trong bệnh viện sau ngày mà bảo hiểm cho việc chăm sóc của quý vị đã kết thúc.

Tại California, Tổ chức Cải thiện Chất lượng được gọi là Livanta BFCC- QIO. Quý vị có thể liên lạc với Livanta BFCC-QIO theo số: **1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).**

- Người xem xét của Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) sẽ xem xét cẩn thận một lần nữa tất cả mọi thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.
- Trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu xem xét lần thứ hai của quý vị, người xem xét của Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ ra quyết định.

Sơ lược: Cách kháng cáo Cấp 2 về thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Gọi cho Tổ chức Cải thiện Chất lượng phụ trách tiểu bang của quý vị theo số 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) và yêu cầu thêm rà soát.

Nếu câu trả lời là Đồng ý thì sao?

- Chúng tôi phải thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi trong chi phí cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã được nhận kể từ trưa của ngày sau ngày của quyết định cho kháng cáo đầu tiên của quý vị. Chúng tôi phải tiếp tục bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện của quý vị cho đến khi nào dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị và các giới hạn về bảo hiểm sẽ được áp dụng.

Điều gì sẽ xảy ra nếu câu trả lời là Không Đồng Ý?

Điều đó có nghĩa là Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) đồng ý với quyết định của Cấp 1 và sẽ không thay đổi quyết định đó. Thư quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình kháng cáo.

Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng bác bỏ Kháng cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho việc ở lại của mình sau ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp khiếu nại lên hoặc yêu cầu DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập để tiếp tục được ở lại bệnh viện. Xem Mục E4 trên trang 193 để biết cách nộp khiếu nại lên và yêu cầu DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập.

G4. Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi bỏ lỡ thời hạn kháng cáo

Nếu quý vị bị lỡ hạn kháng cáo, có một cách khác để Kháng cáo Cấp 1 và Cấp 2, gọi là Kháng cáo Thay thế. Nhưng hai cấp kháng cáo đầu tiên là khác nhau.

Kháng cáo Thay thế Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên lạc với Tổ chức Cải thiện Chất lượng (trong vòng 60 ngày hoặc không muộn hơn ngày xuất viện dự kiến của quý vị, tùy trường hợp nào đến trước), quý vị có thể kháng cáo lên chúng tôi, yêu cầu “rà soát nhanh”. Xem xét nhanh là cách kháng cáo sử dụng thời hạn nhanh chứ không sử dụng thời hạn thường.

- Trong quá trình xét duyệt này, chúng tôi sẽ xem xét tất cả thông tin về thời gian nằm viện của quý vị. Chúng tôi kiểm tra để tìm hiểu xem quyết định về thời điểm quý vị nên ra viện có công bằng và đã tuân thủ tất cả các quy định chưa.
- Chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn thường để trả lời cho việc xem xét này. Tức là chúng tôi sẽ ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 giờ kể từ khi quý vị yêu cầu "xem xét nhanh".

Sơ lược: Làm sao để Kháng cáo Thay thế Cấp 1

Gọi đến số bộ phận Chăm sóc Khách hàng của chúng tôi và yêu cầu "rà soát nhanh" ngày xuất viện của quý vị.

Chúng tôi sẽ ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 giờ.

- **Nếu chúng tôi trả lời Đồng ý với xét duyệt nhanh của quý vị,** điều đó có nghĩa là chúng tôi đồng ý rằng quý vị vẫn cần được ở trong bệnh viện sau ngày xuất viện. Chúng tôi sẽ tiếp tục bảo hiểm cho các dịch vụ của bệnh viện cho đến khi nào dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.
- Điều đó cũng có nghĩa là chúng tôi đồng ý thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi trong chi phí chăm sóc mà quý vị đã nhận kể từ ngày mà chúng tôi đã nói rằng việc bảo hiểm cho quý vị sẽ kết thúc.
- **Nếu chúng tôi trả lời Không Đồng ý với xét duyệt nhanh của quý vị,** chúng tôi đang nói rằng ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y khoa. Bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện nội trú sẽ kết thúc kể từ ngày chúng tôi đã thông báo rằng việc bảo hiểm sẽ kết thúc.
    - Nếu quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch, **quý vị có thể sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí** của dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch.
- Để bảo đảm chúng tôi tuân thủ tất cả các quy định khi nói **Không đồng ý** với kháng cáo nhanh của quý vị, chúng tôi sẽ chuyển vụ kháng cáo của quý vị cho Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity). Khi chúng tôi thực hiện việc đó, có nghĩa là trường hợp của quý vị được tự động chuyển lên Cấp 2 của thủ tục kháng cáo.

Thuật ngữ pháp lý cho “rà soát nhanh” hoặc “kháng cáo nhanh” là **“kháng cáo cấp tốc.”**

Kháng Cáo Thay Thế Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Chúng tôi sẽ gửi thông tin phục vụ cho việc Kháng cáo cấp 2 của quý vị cho Tổ chức Đánh Giá Độc lập (Independent Review Entity, IRE) trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi ra quyết

định Cấp 1 cho quý vị. Nếu quý vị nghĩ chúng tôi không tuân thủ thời hạn này hay các thời hạn khác, quý vị có thể khiếu nại. Mục J trên trang 224 cho biết phải làm sao để khiếu nại.

Trong quá trình Kháng cáo Cấp 2, IRE sẽ xem xét lại quyết định của chúng tôi khi nói **Không đồng ý** với yêu cầu trong "xem xét nhanh" của quý vị. Tổ chức này quyết định xem quyết định mà chúng tôi đã đưa ra có nên thay đổi hay không.

Sơ lược*: Làm sao để Kháng cáo Thay thế Cấp 2*

Quý vị không phải làm bất cứ điều gì. Chương trình sẽ tự động chuyển vụ kháng cáo của quý vị cho Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity).

- IRE sẽ thực hiện "xem xét nhanh" cho kháng cáo của quý vị. Người xem xét thường sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ.
- IRE là một tổ chức độc lập do Medicare tuyển dụng. Tổ chức này không liên kết với chương trình của chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ.
- Người đánh giá của IRE sẽ xem xét cẩn thận tất cả mọi thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị về việc xuất viện.
- Nếu IRE nói **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị, chúng tôi phải thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã nhận kể từ ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị. Chúng tôi cũng phải tiếp tục bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện của quý vị cho đến khi nào dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.
- Nếu IRE này nói **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị, tức là họ đồng ý với chúng tôi rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế.
- Thư của IRE gửi cho quý vị sẽ cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình xem xét. Thông báo sẽ cho quý vị biết chi tiết về làm thế nào để đến Khiếu nại Mức 3, mức khiếu nại được xử lý bởi thẩm phán.

Quý vị cũng có thể nộp khiếu nại lên hoặc yêu cầu DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập để tiếp tục được ở lại bệnh viện. Đến Phần E4 trên trang 193 để biết cách nộp khiếu nại lên và yêu cầu DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập. Quý vị có thể xin Đánh giá Y tế Độc lập ngoài hoặc thay cho việc Kháng cáo Cấp 3.

H. Cần làm gì nếu quý vị nghĩ rằng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc tại Cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú (CORF) kết thúc quá sớm

Mục này chỉ nói về những loại dịch vụ chăm sóc sau đây:

- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà.

- Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn
- Chăm sóc phục hồi chức năng của quý vị theo hình thức nội trú tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) được Medicare chấp thuận. Thông thường, điều này có nghĩa là quý vị đang nhận được điều trị cho một bệnh hoặc tai nạn, hoặc quý vị đang phục hồi sau một phẫu thuật lớn.
    - Với bất kỳ loại chăm sóc nào trong ba loại chăm sóc đó, quý vị có quyền được tiếp tục nhận dịch vụ được bảo hiểm cho đến khi nào bác sĩ còn bảo là cần thiết.
    - Khi chúng tôi quyết định ngưng bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ nào trong các dịch vụ này, chúng tôi phải báo cho quý vị trước khi kết thúc dịch vụ của quý vị. Khi chương trình bảo hiểm của quý vị về dịch vụ chăm sóc đó kết thúc, chúng tôi sẽ dừng trả tiền cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi kết thúc bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi**. Mục này cho quý vị biết làm thế nào để yêu cầu khiếu nại.

H1. Chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết trước khi kết thúc việc bảo hiểm cho quý vị

Quý vị sẽ được thông báo ít nhất là hai ngày trước khi chúng tôi ngưng thanh toán cho việc chăm sóc của quý vị. Thông báo này được gọi là “Thông báo Quyết định Không bảo hiểm của Medicare”.

- Giấy thông báo này sẽ cho quý vị biết ngày chúng tôi sẽ ngừng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Giấy thông báo cũng hướng dẫn cho quý vị cách kháng cáo quyết định này.

Quý vị hoặc đại diện của quý vị sẽ phải ký giấy thông báo để thể hiện rằng mình đã nhận được. Việc ký giấy này **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với chương trình rằng đã đến lúc nên ngưng nhận dịch vụ chăm sóc.

Khi bảo hiểm của quý vị đã kết thúc, chúng tôi sẽ ngưng thanh toán phần chia sẻ của chúng tôi trong chi phí chăm sóc của quý vị.

H2. Kháng cáo Cấp 1 để tiếp tục chăm sóc

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi kết thúc bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Mục này cho quý vị biết làm thế nào để yêu cầu khiếu nại.

Trước quý vị khi tiến hành kháng cáo, chúng tôi muốn bảo đảm quý vị biết được những việc cần làm và các thời hạn.

- **Đáp ứng các thời hạn.** Thời hạn rất quan trọng. Hãy chắc chắn rằng quý vị hiểu và tuân thủ các thời hạn được áp dụng cho những việc mà quý vị phải làm. Cũng có những thời hạn chương trình của chúng tôi phải tuân theo. (Nếu quý vị nghĩ chúng tôi không hoàn thành kịp các thời hạn của chúng tôi, quý vị có thể nộp đơn phàn nàn. Mục J trên trang 229 cho biết phải làm sao để khiếu nại.)
- **Yêu cầu giúp đỡ nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp vào bất cứ lúc nào, xin gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng số 1-855-905-3825 (TTY: 711). Hoặc gọi cho Chương trình Trợ giúp về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Assistance Program) của Tiểu bang theo số 1-877-839-2675.

Trong quá trình Kháng cáo Cấp 1, một Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) sẽ xem xét kháng cáo của quý vị rồi quyết định xem có thay đổi quyết định của chúng tôi hay không. Tại California, Tổ chức Cải thiện Chất lượng được gọi là Livanta BFCC- QIO. Quý vị có thể liên lạc với Livanta BFCC-QIO theo số: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Thông tin về cách kháng cáo với Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) cũng có nêu trong “Thông báo Quyết định Không bảo hiểm của Medicare”. Đây là thông báo mà quý vị đã nhận khi được cho biết rằng chúng tôi sẽ ngưng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Sơ lược: Làm sao để Kháng cáo Cấp 1 để yêu cầu chương trình tiếp tục việc chăm sóc cho quý vị

Gọi cho Tổ chức Cải thiện Chất lượng phụ trách tiểu bang của quý vị theo số 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) và yêu cầu “kháng cáo nhanh.”

Hãy gọi trước khi quý vị rời cơ quan hoặc cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị và trước ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng là gì?

Đó là một nhóm bác sĩ và các chuyên viên y tế khác được chính quyền liên bang trả lương. Các chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi. Họ được Medicare trả lương để kiểm tra và trợ giúp cải thiện chất lượng cho việc chăm sóc y tế cho người có Medicare.

Quý vị nên yêu cầu gì?

Yêu cầu họ một “kháng cáo làm nhanh.” Đây là cuộc xem xét độc lập để xem việc chúng tôi kết thúc bảo hiểm cho dịch vụ của quý vị có phù hợp về mặt y tế không.

Thời hạn liên hệ với tổ chức này của quý vị là gì?

- Quý vị phải liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) không sau buổi trưa của ngày sau khi quý vị nhận được giấy thông báo cho biết khi nào chúng tôi sẽ ngưng bảo hiểm cho dịch vụ của quý vị.

- Nếu quý vị để bỏ lỡ thời hạn liên lạc Tổ chức Cải thiện Chất lượng về khiếu nại của quý vị, thay vào đó quý vị có thể trực tiếp đưa ra khiếu nại của quý vị tới chúng tôi. Để biết chi tiết về cách kháng cáo khác này của quý vị, xem Mục H4 tại trang 225.
- Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) không thụ lý yêu cầu của quý vị được tiếp tục bảo hiểm dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc quý vị tin rằng trình trạng của quý vị là khẩn cấp, liên quan đến mối đe dọa nghiêm trọng và ngay lập tức đến sức khỏe của mình, hoặc quý vị bị đau dữ dội, quý vị cũng có thể nộp khiếu nại lên hoặc yêu cầu Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý (DMHC) của California cho Đánh giá Y tế Độc lập. Đến Phần E4 trên trang 193 để biết cách nộp khiếu nại lên và yêu cầu DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập.

Thuật ngữ pháp lý cho văn bản thông báo này là **"Thông báo Không Bảo hiểm Medicare."** Để nhận bản sao, quý vị có thể gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày một tuần. Cuộc gọi này miễn phí hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Hoặc xem bản sao trực tuyến tại địa chỉ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

Điều gì sẽ diễn ra trong quá trình xét duyệt của Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization)?

- Người xem xét của Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) sẽ hỏi quý vị hoặc đại diện của quý vị tại sao quý vị lại cho rằng cần phải tiếp tục bảo hiểm cho các dịch vụ đó. Quý vị không cần phải chuẩn bị bất cứ điều gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.
- Khi quý vị kháng cáo, chương trình phải gửi thư giải thích cho quý vị và Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) tại sao cần kết thúc các dịch vụ của quý vị.
- Người xem xét cũng sẽ xem xét hồ sơ y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị, và xem xét thông tin mà chương trình chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- **Trong vòng trọn một ngày sau khi người xem xét đã có đủ mọi thông tin mà họ cần, họ sẽ cho quý vị biết quyết định của họ.** Quý vị sẽ nhận được thư giải thích quyết định đó.

Thuật ngữ pháp lý cho thư giải thích lý do chấm dứt các dịch vụ của quý vị là **"Bản Giải thích Chi tiết việc không Bảo hiểm."**

Nếu người xem xét trả lời là Đồng ý thì sao?

- Nếu người xem xét trả lời là **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị, chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị cho đến khi nào dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.

Nếu người xem xét trả lời là Không đồng ý thì sao?

- Nếu người xem xét trả lời là **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị, thì việc bảo hiểm cho quý vị sẽ kết thúc vào ngày mà chúng tôi đã cho quý vị biết. Chúng tôi sẽ ngưng thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho việc chăm sóc này.
- Nếu quý vị tiếp tục nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) sau ngày kết thúc việc đài thọ cho quý vị, quý vị sẽ phải tự thanh toán toàn bộ chi phí của việc chăm sóc đó.

H3. Kháng cáo Cấp 2 để tiếp tục chăm sóc

Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) nói **Không đồng ý** với kháng cáo **và** quý vị quyết định tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi việc bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đó của quý vị đã kết thúc, quý vị có thể Kháng cáo Cấp 2.

Trong Kháng cáo Cấp 2, Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) sẽ xem xét lại quyết định của họ tại Cấp 1. Nếu họ nói họ đồng ý với quyết định Cấp 1, quý vị có thể sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ chăm sóc tại nhà, tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) sau ngày mà chúng tôi nói là việc bảo hiểm cho quý vị sẽ kết thúc.

Tại California, Tổ chức Cải thiện Chất lượng được gọi là Livanta BFCC- QIO. Quý vị có thể liên lạc với Livanta BFCC-QIO theo số: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Yêu cầu xét duyệt Cấp 2 **trong vòng 60 ngày** sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) trả lời **Không Đồng ý** với Kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ được yêu cầu mở cuộc xem xét này nếu quý vị tiếp tục nhận chăm sóc sau ngày mà bảo hiểm cho việc chăm sóc của quý vị đã kết thúc.

- Người xem xét của Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) sẽ xem xét cẩn thận một lần nữa tất cả mọi thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.

Sơ lược: Làm sao để Kháng cáo Cấp 2 để yêu cầu chương trình bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị lâu hơn

Gọi cho Tổ chức Cải thiện Chất lượng phụ trách tiểu bang của quý vị theo số 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) và yêu cầu thêm rà soát.

Hãy gọi trước khi quý vị rời cơ quan hoặc cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị và trước ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

- Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) sẽ ra quyết định của họ trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị.

Nếu tổ chức xem xét trả lời là Đồng ý thì sao?

- Chúng tôi phải thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi trong chi phí chăm sóc mà quý vị đã nhận kể từ ngày chúng tôi nói rằng việc bảo hiểm cho quý vị sẽ kết thúc. Chúng tôi phải tiếp tục bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đó cho đến khi nào dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.

Nếu tổ chức xem xét trả lời là Không Đồng ý thì sao?

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của họ cho Kháng cáo Cấp 1 và sẽ không thay đổi quyết định đó
- Thư quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết quý vị phải làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình xem xét. Thông báo sẽ cho quý vị biết chi tiết về làm thế nào để đến Khiếu nại Mức 3, mức khiếu nại được xử lý bởi thẩm phán.
- Quý vị cũng có thể nộp khiếu nại lên hoặc yêu cầu DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập để tiếp tục được bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Đến Mục E4 trên trang 193 để biết cách xin DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập. Quý vị có thể nộp khiếu nại lên hoặc yêu cầu DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập bổ sung hoặc thay thế cho Kháng cáo Cấp 3.

H4. Chuyện gì nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn tiến hành Kháng Cáo Cấp 1

Nếu quý vị bị lỡ hạn kháng cáo, có một cách khác để Kháng cáo Cấp 1 và Cấp 2, gọi là Kháng cáo Thay thế. Nhưng hai cấp kháng cáo đầu tiên là khác nhau.

Kháng cáo Thay thế Cấp 1 để tiếp tục việc chăm sóc cho quý vị lâu hơn

Nếu quý vị lỡ thời hạn liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng, quý vị có thể đưa ra khiếu nại cho chúng tôi, yêu cầu được "xem xét nhanh." Xem xét nhanh là cách kháng cáo sử dụng thời hạn nhanh chứ không sử dụng thời hạn thường.

- Trong cuộc xem xét này, chúng tôi sẽ xem xét tất cả các thông tin về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hay Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) của quý vị. Chúng tôi kiểm tra xem quyết định về thời gian kết thúc các dịch vụ của quý vị có hợp lý hay không và có tuân thủ tất cả các quy định hay không.

- Chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn thường để trả lời cho việc xem xét này. Chúng tôi sẽ ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 giờ kể từ khi quý vị yêu cầu "xem xét nhanh".
- **Nếu chúng tôi nói Đồng ý** với yêu cầu của quý vị trong xem xét nhanh, có nghĩa là chúng tôi đồng ý sẽ tiếp tục bảo hiểm cho các dịch vụ của quý vị cho đến khi nào các dịch vụ đó còn cần thiết.

Sơ lược: Làm sao để Kháng cáo Thay thế Cấp 1

Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của chúng tôi và yêu cầu "rà soát nhanh".

Chúng tôi sẽ ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 giờ.

- Điều đó cũng có nghĩa là chúng tôi đồng ý thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi trong chi phí chăm sóc mà quý vị đã nhận kể từ ngày mà chúng tôi đã nói rằng việc bảo hiểm cho quý vị sẽ kết thúc.
- **Nếu chúng tôi nói Không đồng ý** với yêu cầu xem xét nhanh của quý vị, tức là chúng tôi nói rằng việc ngưng cung cấp dịch vụ của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Việc đài thọ của chúng tôi sẽ kết thúc vào ngày mà chúng tôi đã nói là sẽ kết thúc.

Nếu quý vị tiếp tục nhận các dịch vụ sau ngày chúng tôi đã thông báo dừng các dịch vụ đó, thì **quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí** cho các dịch vụ đó.

Để bảo đảm chúng tôi tuân thủ tất cả các quy định khi nói **Không đồng ý** với kháng cáo nhanh của quý vị, chúng tôi sẽ chuyển vụ kháng cáo của quý vị cho "Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity)." Khi chúng tôi thực hiện việc đó, có nghĩa là trường hợp của quý vị được tự động chuyển lên Cấp 2 của thủ tục kháng cáo.

Thuật ngữ pháp lý cho “rà soát nhanh” hoặc “kháng cáo nhanh” là **“kháng cáo cấp tốc.”**

Kháng cáo Thay thế Cấp 2 để tiếp tục việc chăm sóc cho quý vị lâu hơn

Chúng tôi sẽ gửi thông tin phục vụ cho việc Kháng cáo cấp 2 của quý vị cho Tổ chức Đánh Giá Độc lập (Independent Review Entity, IRE) trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi ra quyết định Cấp 1 cho quý vị. Nếu quý vị nghĩ chúng tôi không tuân thủ thời hạn này hay các thời hạn khác, quý vị có thể khiếu nại. Mục J trên trang 229 cho biết phải làm sao để khiếu nại.

Trong quá trình Kháng cáo Cấp 2, IRE sẽ xem xét lại quyết định của chúng tôi khi nói **Không đồng ý** với yêu cầu trong "xem xét nhanh" của quý vị. Tổ chức này quyết định xem quyết định mà chúng tôi đã đưa ra có nên thay đổi hay không.

Sơ lược: Làm sao để Kháng cáo Cấp 2 để yêu cầu chương trình tiếp tục bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị

Quý vị không phải làm bất cứ điều gì. Chương trình sẽ tự động chuyển vụ kháng cáo của quý vị cho Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity).

- IRE sẽ thực hiện "xem xét nhanh" cho kháng cáo của quý vị. Người xem xét thường sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ.
- IRE là một tổ chức độc lập do Medicare tuyển dụng. Tổ chức này không có quan hệ gì với chương trình chúng tôi và không phải là cơ quan của chính phủ.
- Người đánh giá của IRE sẽ xem xét cẩn thận tất cả mọi thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.
- **Nếu IRE nói Đồng ý** với kháng cáo của quý vị, chúng tôi phải thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ của chúng tôi trong chi phí chăm sóc. Chúng tôi cũng phải tiếp tục bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị cho đến khi nào dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.
- **Nếu IRE nói Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị, tức là họ đồng ý với chúng tôi rằng việc ngưng bảo hiểm cho dịch vụ của quý vị là phù hợp về mặt y tế.

Thư của IRE gửi cho quý vị sẽ cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình xem xét. Thư cũng sẽ nêu chi tiết về cách phải làm sao để Kháng cáo lên Cấp 3, kháng cáo này sẽ do một thẩm phán phân xử.

Quý vị cũng có thể nộp khiếu nại lên hoặc yêu cầu DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập để tiếp tục được bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Đến Mục E4 trên trang 193 để biết cách xin DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập. Quý vị có thể nộp khiếu nại lên hoặc yêu cầu DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập bổ sung hoặc thay thế cho Kháng cáo Cấp 3.

I. Tiến hành kháng cáo của quý vị sau Cấp 2

I1. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và khoản mục Medicare

Nếu quý vị đã Kháng cáo Cấp 1 và Cấp 2 cho các dịch vụ hoặc khoản mục Medicare, và cả hai lần kháng cáo của quý vị đều bị bác, quý vị có thể có quyền kháng cáo lên các cấp nữa. Thư của Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity) gửi cho quý vị sẽ cho quý vị biết quý vị phải làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình kháng cáo.

Cấp 3 của quy trình kháng cáo là một phiên Phân xử của Thẩm phán Luật Hành chính (Administrative Law Judge -ALJ). Người ra quyết định về kháng cáo Cấp 3 là ALJ hoặc quan

tòa. Nếu quý vị muốn ALJ hoặc quan tòa xem xét trường hợp của quý vị, thì giá trị tính bằng đô la của khoản mục hoặc dịch vụ y tế mà quý vị yêu cầu cung cấp sẽ phải đạt một mức tối thiểu nào đó. Nếu giá trị đô la thấp hơn mức tối thiểu, quý vị không thể khiếu nại lên mức cao hơn. Nếu giá trị tính bằng đô la đủ cao, quý vị có thể yêu cầu một ALJ hoặc quan tòa phân xử cho kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của ALJ hoặc quan tòa, quý vị có thể đến gặp Hội đồng Kháng cáo Medicare (Medicare Appeals Council). Sau đó, quý vị có thể có quyền yêu cầu tòa án liên bang xem xét cho kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị cần được trợ giúp ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng cáo, quý vị có thể liên hệ với Chương trình Cal MediConnect Ombuds theo số 1-855-501-3077.

I2. Các bước kế tiếp cho dịch vụ và khoản mục Medi-Cal

Quý vị cũng có các quyền kháng cáo khác nữa khi kháng cáo về các dịch vụ hoặc khoản mục có thể được Medi-Cal bảo hiểm. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định Điều trần của Tiểu bang và muốn một thẩm phán khác xem xét lại, quý vị có thể yêu cầu phân xử lại và/hoặc yêu cầu tòa án xem xét lại.

Để xin phân xử lại, hãy gửi văn bản yêu cầu (thư) của quý vị đến địa chỉ:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Thư này phải được gửi trong vòng 30 ngày sau khi quý vị nhận được quyết định của mình. Thời hạn này có thể được gia hạn đến 180 ngày nếu quý vị có lý do chính đáng cho việc chậm trễ.

Trong yêu cầu phân xử lại của quý vị, ghi rõ ngày quý vị nhận được quyết định của quý vị và tại sao lại nên phân xử lại cho quý vị. Nếu quý vị muốn trưng thêm chứng cứ, hãy mô tả chứng cứ trưng thêm đó và giải thích tại sao trước đây quý vị đã không trưng chứng cứ đó ra và tại sao phải thay đổi khi có chứng cứ đó. Quý vị có thể liên hệ với các dịch vụ pháp lý để xin hỗ trợ.

Để xin tòa án xem xét lại, quý vị phải nộp đơn lên Tòa Thượng thẩm (Superior Court) (theo Bộ luật về Thủ tục Dân sự Mục 1094.5) trong vòng một năm kể từ khi nhận được quyết định của quý vị. Quý vị phải nộp đơn lên Tòa Thượng thẩm của quận có tên nêu trong quyết định của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn này mà không cần phải xin phân xử lại. Việc nộp đơn không phải chịu lệ phí. Quý vị có thể sẽ được miễn các lệ phí hoặc chi phí hợp lý nào đó cho luật sư đại diện nếu Tòa án ra quyết định cuối cùng ủng hộ cho quý vị.

Nếu quý vị đã được phân xử lại và không đồng ý với quyết định của cuộc phân xử lại, quý vị có thể xin tòa án phân xử nhưng không được xin phân xử lại nữa.

J. Cách khiếu nại

J1. Nên khiếu nại những loại vấn đề nào

Quy trình khiếu nại chỉ được dùng cho một số loại vấn đề nào đó mà thôi, ví dụ như những vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, và dịch vụ khách hàng. Đây là các ví dụ về các loại vấn đề được xử lý bởi quy trình phàn nàn.

Khiếu nại về chất lượng

- Quý vị không hài lòng với chất lượng chăm sóc, như việc chăm sóc tại bệnh viện của quý vị chẳng hạn.

Khiếu nại về quyền riêng tư

- Quý vị cho rằng ai đó đã không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị, hoặc đã chia sẻ thông tin mật của quý vị.

Khiếu nại về phục vụ khách hàng kém

- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên đã cư xử thô lỗ hoặc không tôn trọng quý vị.
- Nhân viên của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan đối xử tệ với quý vị.
- Quý vị cho rằng mình đang bị đẩy ra khỏi chương trình.

Khiếu nại về khả năng tiếp cận

- Quý vị không thể tiếp cận các dịch vụ và tiện nghi chăm sóc sức khỏe tại văn phòng của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ.
- Nhà cung cấp dịch vụ của quý vị không cung cấp phương tiện hỗ trợ hợp lý mà quý vị cần như thông dịch viên Ngôn ngữ Ký hiệu chẳng hạn.

Khiếu nại về thời gian chờ đợi

- Quý vị gặp khó khăn về việc xin hẹn thăm khám, hoặc phải chờ quá lâu mới được hẹn thăm khám.
- Quý vị đã bị bác sĩ, dược sĩ, hoặc nhân viên y tế khác hay bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc nhân viên khác của chương trình bắt chờ đợi quá lâu.

Khiếu nại về tình trạng kém vệ sinh

- Quý vị cho rằng phòng khám, bệnh viện hoặc văn phòng bác sĩ kém vệ sinh.

Sơ lược*: Cách tiến hành khiếu nại*

Quý vị có thể khiếu nại nội bộ với chương trình của chúng tôi và/hoặc khiếu nại ra bên ngoài với một tổ chức không có quan hệ gì với chúng tôi.

Để khiếu nại nội bộ, gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc gửi thư cho chúng tôi.

Có nhiều tổ chức khác nhau giải quyết các khiếu nại bên ngoài. Để tìm hiểu thêm, xin xem Mục J3 trên trang 232.

Khiếu nại về việc tiếp cận sử dụng ngôn ngữ

- Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị không cung cấp thông dịch viên cho quý vị trong cuộc hẹn khám.

Khiếu nại về việc cung cấp thông tin của chúng tôi

- Quý vị cho rằng chúng tôi đã không gửi thông báo hoặc thư mà quý vị phải được nhận.
- Quý vị cho rằng giấy tờ chúng tôi gửi cho quý vị khó hiểu quá.

Khiếu nại về thời hạn hành động của chúng tôi liên quan đến quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo

- Quý vị tin rằng chúng tôi không tuân thủ thời hạn ra quyết định đài thọ hoặc trả lời kháng cáo của quý vị.
- Quý vị tin rằng, sau khi nhận được quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo ủng hộ cho quý vị, chúng tôi không tuân thủ thời hạn về việc chấp thuận hoặc cung cấp cho quý vị dịch vụ đó hoặc thanh toán lại cho quý vị cho dịch vụ y tế nào đó.
- Quý vị tin rằng chúng tôi đã không chuyển trường hợp của quý vị cho Tổ chức Đánh giá Độc lập (Independent Review Entity) đúng thời hạn.

> **Thuật ngữ pháp lý** cho một “khiếu nại” là **“than phiền.”**
>
> **Thuật ngữ pháp lý** cho việc “tiến hành khiếu nại” là **“nộp than phiền.”**

Có các loại khiếu nại khác nhau không?

Có. Quý vị có thể khiếu nại nội bộ và/hoặc khiếu nại ra bên ngoài. Khiếu nại nội bộ là khiếu nại với chương trình chúng tôi và chương trình chúng tôi sẽ xem xét. Khiếu nại ra bên ngoài là khiếu nại với một tổ chức không quan hệ với chương trình chúng tôi và họ sẽ xem xét. Nếu quý vị cần được trợ giúp để khiếu nại nội bộ và/hoặc ra bên ngoài, quý vị có thể gọi cho Chương trình Cal MediConnect Ombuds theo số 1-855-501-3077.

J2. Khiếu nại nội bộ

Để khiếu nại nội bộ, xin gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng số 1-855-905-3825 (TTY: 711). Quý vị có thể khiếu nại vào bất cứ lúc nào nếu việc đó không phải là về thuốc Phần D. Nếu vụ khiếu nại là về thuốc Phần D, quý vị phải nộp đơn **trong vòng 60** ngày theo lịch kể từ ngày quý vị gặp vấn đề mà quý vị muốn khiếu nại.

- Nếu có bất cứ việc gì khác mà quý vị cần phải làm, bộ phận Chăm sóc Khách hàng sẽ cho quý vị biết.

- Quý vị cũng có thể viết thư khiếu nại và gửi cho chúng tôi. Nếu quý vị cung cấp phàn nàn của quý vị bằng văn bản, chúng tôi sẽ phản hồi phàn nàn của quý vị bằng văn bản.
- Chúng tôi sẽ xác nhận đã nhận được đơn than phiền của quý vị trong vòng năm (5) ngày kể từ khi nhận được đơn đó. Chúng tôi sẽ tiến hành xem xét vấn đề của quý vị. Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị cung cấp hồ sơ y tế cho chúng tôi xem xét. Chúng tôi sẽ gửi thư trả lời cho khiếu nại của quý vị trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị. Chúng tôi phải xử lý than phiền của quý vị nhanh cho phù hợp với yêu cầu của trường hợp của quý vị theo tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không được muộn hơn ba mươi (30) ngày sau khi nhận được than phiền. Chúng tôi có thể gia hạn thêm tối đa là mười bốn (14) ngày nữa nếu quý vị xin gia hạn, hoặc nếu chúng tôi cần thu thập thêm thông tin một cách chính đáng và việc chậm trễ cũng là vì lợi ích tốt nhất cho quý vị.
- Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu của quý vị cho “quyết định bảo hiểm nhanh” hoặc “kháng cáo nhanh”, chúng tôi sẽ tự động cho quý vị “khiếu nại nhanh”. Nếu quý vị được "khiếu nại nhanh", nghĩa là chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời trong vòng 24 giờ.
- Khiếu nại liên quan đến Medicare Phần D phải được gửi trong vòng 60 ngày theo lịch kể từ ngày quý vị gặp vấn đề mà quý vị muốn khiếu nại. Tất cả các loại khiếu nại khác phải được nộp cho chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc trong vòng 60 ngày từ ngày sự cố hoặc hành động xảy ra khiến quý vị không hài lòng.
- Chúng tôi sẽ cố gắng giải quyết khiếu nại qua điện thoại của quý vị nhanh nhất có thể. Nếu chúng tôi không thể giải quyết được khiếu nại của quý vị chậm nhất vào ngày làm việc kế tiếp, chúng tôi sẽ gửi thư xác nhận trong vòng 5 ngày theo lịch kể từ khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị để báo cho quý vị biết là chúng tôi đã nhận được.
- Nếu quý vị gặp vấn đề khẩn cấp (không liên quan đến từ chối) có nguy cơ tức thì hoặc nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị, quý vị có thể yêu cầu giải quyết theo cách "khiếu nại nhanh", chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ.

> **Thuật ngữ pháp lý** cho “khiếu nại nhanh” là **“than phiền cấp tốc.”**

Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay lập tức. Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để phàn nàn, chúng tôi có thể cho quý vị câu trả lời của chúng tôi trong cùng cuộc gọi. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi phải trả lời nhanh, chúng tôi sẽ làm điều đó.

- Chúng tôi trả lời cho hầu hết mọi trường hợp khiếu nại trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu chúng tôi không ra quyết định trong vòng 30 ngày theo lịch vì chúng tôi cần có

thêm thông tin, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi cũng cập nhật cho quý vị về tình trạng và thời gian dự kiến quý vị sẽ nhận được câu trả lời.

- Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu ra "quyết định bảo hiểm nhanh" hay "kháng cáo nhanh", chúng tôi sẽ tự động giải quyết theo cách "khiếu nại nhanh" và trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.
- Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã vượt quá thời hạn ra quyết định bảo hiểm, chúng tôi sẽ tự động cấp cho quý vị "khiếu nại nhanh" và trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.
- **Nếu chúng tôi không đồng ý** với một số hoặc tất cả các khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị và đưa ra lý do của chúng tôi. Chúng tôi sẽ trả lời chúng tôi có đồng ý với khiếu nại của quý vị hay không.

J3. Khiếu nại ra bên ngoài

Quý vị có thể cho Medicare biết về khiếu nại của mình

Quý vị có thể gửi khiếu nại của quý vị cho Medicare. Mẫu Khiếu nại của Medicare có tại: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare nhận phàn nàn của quý vị nghiêm túc và sẽ sử dụng thông tin này để trợ giúp cải thiện chất lượng của chương trình Medicare.

Nếu quý vị có bất kỳ ý kiến phản hồi hoặc lo ngại nào, hoặc nếu quý vị cảm thấy chương trình không giải quyết cho vấn đề của quý vị, xin gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí.

Quý vị có thể báo cho Medi-Cal về khiếu nại của quý vị

Chương trình Cal MediConnect Ombuds cũng hỗ trợ giải quyết vấn đề từ một vị trí trung lập để bảo đảm hội viên của chúng tôi được nhận tất cả các dịch vụ được bảo hiểm mà chúng tôi phải cung cấp. Chương trình Cal MediConnect Ombuds không có quan hệ gì với chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình sức khỏe nào.

Số điện thoại của Chương trình Cal MediConnect Ombuds là 1-855-501-3077. Các dịch vụ đều được miễn phí.

Quý vị có thể báo cho Sở Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý của California về khiếu nại của quý vị

Sở Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý của California (California Department of Managed Health Care - DMHC) chịu trách nhiệm quy định cho các chương trình sức khỏe. Quý vị có thể gọi cho Trung tâm Trợ giúp của DMHC để xin trợ giúp khiếu nại về dịch vụ Medi-Cal. Quý vị có thể liên lạc với DMHC nếu quý vị cần trợ giúp về khiếu nại liên quan đến một vấn đề khẩn cấp hoặc một vấn đề liên quan đến đe dọa ngay lập tức hoặc nghiêm trọng đến sức

khỏe của quý vị, nếu quý vị đau dữ dội, nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình về khiếu nại của quý vị, hoặc nếu chương trình của chúng tôi đã không giải quyết khiếu nại của quý vị sau 30 ngày theo lịch.

Sau đây là hai cách để xin Trung tâm Trợ giúp này trợ giúp:

- Gọi 1-888-466-2219. Người khiếm thính, nặng tai, hoặc khiếm ngôn có thể sử dụng số TTY miễn phí 1-877-688-9891. Cuộc gọi được miễn phí.
- Truy cập trang web của Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý (www.dmhc.ca.gov).

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Phòng Quyền Dân sự

Quý vị có thể khiếu nại với Phòng Dân quyền (Office for Civil Rights) của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (Department of Health and Human Services) nếu quý vị cho rằng mình đã không được đối xử công bằng. Ví dụ, quý vị có thể khiếu nại về khả năng tiếp cận của người khuyết tật hoặc hỗ trợ ngôn ngữ. Số điện thoại của Phòng Dân quyền là 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.

Quý vị cũng có thể gọi cho Phòng Dân quyền tại địa phương theo số:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Trung tâm Phản hồi Khách hàng: (800) 368-1019
Fax: (202) 619-3818
TTY: (800) 537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov.

Quý vị cũng có thể có các quyền theo Đạo luật Người Khuyết tật Hoa kỳ (Americans with Disability Act - ADA) và theo Đạo luật về Những Phần Sửa đổi của ADA (ADA Amendments Act) 2008 (P.L. 110-325). Quý vị có thể liên hệ với Chương trình Cal MediConnect Ombuds để xin trợ giúp. Số điện thoại là 1-855-501-3077.

Quý vị có thể khiếu nại với Tổ chức Cải thiện Chất lượng

Khi khiếu nại của quý vị là về chất lượng chăm sóc, quý vị cũng có hai lựa chọn:

- Nếu muốn, quý vị có thể khiếu nại về chất lượng chăm sóc trực tiếp với Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) (mà không khiếu nại với chúng tôi).

- Hoặc quý vị có thể khiếu nại với chúng tôi và cả với Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization). Nếu quý vị đưa ra phàn nàn đến tổ chức này, chúng tôi sẽ làm việc với họ để giải quyết phàn nàn của quý vị.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) là một nhóm bác sĩ hành nghề và chuyên viên chăm sóc sức khỏe khác được chính quyền liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện việc chăm sóc cho các bệnh nhân của Medicare. Để tìm hiểu thêm về việc kháng cáo, xem Chương 2.

Tại California, Tổ chức Cải thiện Chất lượng được gọi là Livanta BFCC- QIO. Số điện thoại của Livanta BFCC-QIO là 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Chương 10: Kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong Cal MediConnect Plan của chúng tôi

Giới thiệu

Chương này nói về những cách mà quý vị có thể dùng để kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong Cal MediConnect plan của chúng tôi và các lựa chọn về bảo hiểm y tế của quý vị sau khi quý vị rời khỏi chương trình. Nếu quý vị rời khỏi chương trình chúng tôi, quý vị sẽ vẫn còn nằm trong các chương trình Medicare và Medi-Cal cho đến ngày nào quý vị hết còn đủ tiêu chuẩn. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi 236

B. Cách kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi 237

C. Cách tham gia vào một chương trình Cal MediConnect khác 238

D. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt 238

D1. Cách nhận dịch vụ Medicare của quý vị 238

D2. Cách nhận dịch vụ Medi-Cal 241

E. Tiếp tục nhận dịch vụ y tế và các thuốc của quý vị thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt 242

F. Các tình huống khác khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi chấm dứt 242

G. Quy tắc chống lại việc yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình Cal MediConnect của chúng tôi vì bất kỳ lý do liên quan đến sức khỏe nào 244

H. Quý vị có quyền khiếu nại khi chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình chúng tôi 244

I. Cách tìm hiểu thêm thông tin về việc kết thúc tư cách hội viên chương trình của quý vị 244

A. Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi

Quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan bất kỳ lúc nào trong năm bằng cách ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage Plan khác, ghi danh vào một chương trình Cal MediConnect khác, hoặc chuyển sang chương trình Original Medicare.

Tư cách hội viên của quý vị sẽ kết thúc vào ngày cuối cùng của tháng chúng tôi nhận được yêu cầu đổi chương trình của quý vị. Ví dụ, nếu chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị vào ngày 18 tháng 1, bảo hiểm của quý vị với chương trình chúng tôi sẽ kết thúc vào ngày 31 tháng 1. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng kế tiếp (ngày 1 tháng 2 trong ví dụ này).

Khi quý vị kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ tiếp tục được ghi danh trong Medi-Cal Managed Care Plan quý vị chọn để nhận các dịch vụ Medi-Cal của quý vị, nếu quý vị không chọn một Cal MediConnect plan khác hay một chương trình khác chỉ có Medi-Cal. Quý vị cũng có thể sử dụng các quyền chọn ghi danh Medicare của quý vị khi quý vị kết thúc tư cách hội viên chương trình chúng tôi. Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể nhận thông tin về quý vị:

- Các tùy chọn Medicare trong bảng tại trang 235.
- Các dịch vụ Medi-Cal tại trang 235.

Quý vị có thể nhận thêm thông tin về cách kết thúc tư cách hội viên của quý vị bằng cách gọi:

- Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Gọi Heath Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 6:00 chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077.
- Chương trình Hỗ trợ bảo hiểm Y tế Tiểu bang (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), Chương trình Hỗ trợ và Tư vấn Bảo hiểm Y tế California (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP), theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.
- Gọi Chương trình Thanh tra MediConnect theo số 1-855-501-3077 Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 9:00 sáng đến 5:00 chiều. Người dùng TTY nên gọi 1-855-847-7914.
- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

LƯU Ý: Nếu quý vị trong chương trình quản lý thuốc, quý vị không thể tham gia thay đổi các chương trình. Xem Chương 5 để biết thông tin về các chương trình quản lý thuốc.

B. Cách kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi

Nếu quý vị quyết định chấm dứt tư cách hội viên của quý vị, hãy báo cho Medi-Cal hoặc Medicare biết quý vị muốn rời khỏi chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

- Gọi Heath Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 6:00 chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077; HOẶC
- Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 tiếng/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY (người gặp khó khăn về nghe hoặc nói) xin gọi 1-877-486-2048. Khi quý vị gọi 1-800-MEDICARE, quý vị cũng có thể ghi danh vào một chương trình sức khỏe hoặc thuốc Medicare khác. Quý vị có thể tìm hiểu thêm về cách nhận dịch vụ Medicare khi rời khỏi chương trình chúng tôi trong bảng tại trang 235.

C. Cách tham gia vào một chương trình Cal MediConnect khác

Nếu quý vị muốn tiếp tục nhận cả quyền lợi Medicare và Medi-Cal trong một chương trình duy nhất, quý vị có thể tham gia vào một chương trình Cal MediConnect khác.

Để ghi danh vào một chương trình Cal MediConnect Plan khác:

- Gọi Heath Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 6:00 chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077. Cho họ biết quý vị muốn rời chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan và tham gia vào một chương trình Cal MediConnect khác. Nếu quý vị không biết rõ quý vị nên chọn chương trình nào, nhân viên tại đây sẽ hướng dẫn quý vị và cho quý vị biết thông tin về các chương trình trong vùng.

Bảo hiểm của quý vị với Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sẽ kết thúc vào ngày cuối cùng của tháng mà chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

D. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt

Nếu quý vị không muốn ghi danh vào một chương trình Cal MediConnect khác sau khi ra khỏi chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, quý vị sẽ trở lại nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt.

D1. Cách nhận dịch vụ Medicare của quý vị

Quý vị sẽ được chọn cách nhận các quyền lợi Medicare của quý vị.

Quý vị có ba cách chọn để nhận dịch vụ Medicare. Bằng việc chọn một trong ba cách này, quý vị sẽ chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi.

n	Hành động
1. Quý vị có thể chuyển sang: **Một chương trình sức khỏe Medicare, như chương trình Medicare Advantage hoặc, các Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người Cao niên (Programs of All-inclusive Care for the Elderly - PACE) nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu về tiêu chuẩn và sống trong khu vực cung cấp dịch vụ**	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 tiếng/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Để hỏi thăm về PACE, xin gọi 1-855-921-PACE (7223) Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc cần thêm thông tin: • Gọi Chương trình Hỗ trợ và Tư vấn Bảo hiểm Y tế California (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. Quý vị sẽ được tự động hủy ghi danh khỏi chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.

2. Quý vị có thể chuyển sang: **Chương trình Original Medicare có chương trình thuốc theo toa Medicare riêng**	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 tiếng/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc cần thêm thông tin: • Gọi Chương trình Hỗ trợ và Tư vấn Bảo hiểm Y tế California (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. Quý vị sẽ được tự động hủy ghi danh khỏi chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan khi bảo hiểm của Original Medicare của quý vị bắt đầu.

3. Quý vị có thể chuyển sang: **Chương trình Original Medicare không có chương trình thuốc theo toa riêng cho Medicare** **LƯU Ý:** Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc theo đơn Medicare riêng, Medicare có thể sẽ ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị nói với Medicare rằng quý vị không muốn tham gia. Quý vị chỉ nên bỏ bảo hiểm thuốc theo toa nếu quý vị có bảo hiểm thuốc từ một nguồn khác, như chủ lao động hoặc công đoàn. Nếu quý vị có thắc mắc gì về liệu quý vị có cần bảo hiểu thuốc hay không, gọi Chương trình Hỗ trợ và Tư vấn Bảo hiểm Y tế California (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 tiếng/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc cần thêm thông tin: • Gọi Chương trình Hỗ trợ và Tư vấn Bảo hiểm Y tế California (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. Quý vị sẽ được tự động hủy ghi danh khỏi chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan khi bảo hiểm của Original Medicare của quý vị bắt đầu.

D2. Cách nhận dịch vụ Medi-Cal

Nếu quý vị ra khỏi chương trình Cal MediConnect của chúng tôi, quý vị sẽ tiếp tục nhận các dịch vụ Medi-Cal qua Blue Shield of California Promise Health Plan trừ khi quý vị chọn một chương trình khác để nhận các dịch vụ Medi-Cal của quý vị.

Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị gồm có hầu hết các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn và chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Nếu quý vị muốn chọn một chương trình khác để nhận các dịch vụ của Medi-Cal, quý vị cần báo cho Heath Care Options (Phòng Cung cấp Các Nguồn Trợ giúp để Chọn Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe) biết khi quý vị yêu cầu kết thúc tư cách hội viên của quý vị với Cal MediConnect plan của chúng tôi.

- Gọi Heath Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 6:00 chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077. Cho họ biết quý vị muốn rời chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan và tham gia vào một chương trình Medi-Cal khác. Nếu quý vị không biết rõ quý vị nên chọn chương trình nào, nhân viên tại đây sẽ hướng dẫn quý vị và cho quý vị biết thông tin về các chương trình trong vùng.

Khi quý vị chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect Plan của chúng tôi, quý vị sẽ được nhận một Thẻ Hội viên mới, một Sổ tay Hội viên mới, và một *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* mới từ bảo hiểm Medi-Cal của quý vị.

E. Tiếp tục nhận dịch vụ y tế và các thuốc của quý vị thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt

Nếu quý vị rời khỏi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, có lẽ cũng phải mất một thời gian để tư cách hội viên của quý vị kết thúc và bảo hiểm Medicare và Medi-Cal mới của quý vị bắt đầu. Xem trang 235 để tìm hiểu thêm. Trong thời gian này, quý vị vẫn được nhận dịch vụ chăm sóc và thuốc của quý vị qua chương trình của chúng tôi.

- **Quý vị nên sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi để mua thuốc theo toa của quý vị.** Thông thường, thuốc kê toa của quý vị chỉ được bảo hiểm nếu chúng được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới bao gồm thông qua các dịch vụ nhà thuốc đặt qua bưu điện của chúng tôi.

- **Nếu quý vị nhập viện vào ngày mà tư cách hội viên của quý vị chấm dứt, việc nằm viện của quý vị thường sẽ được chương trình Cal MediConnect của chúng tôi bao trả cho đến khi quý vị xuất viện.** Phương thức này cũng được áp dụng ngay cả khi bảo hiểm y tế mới của quý vị đã bắt đầu trước khi quý vị được xuất viện.

F. Các tình huống khác khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi chấm dứt

Có những trường hợp khi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị:

- Khi có giai đoạn bị gián đoạn trong bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B của quý vị.

- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện hưởng Medi-Cal nữa. Khi quý vị không còn hội đủ điều kiện được hưởng cả Medicare và Medi-Cal nữa. Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe (Department of Health Care Services, DHCS) hoặc các Trung tâm Dịch vụ

Medicare và Medicail (CMS) có thể hủy ghi danh quý vị nếu xác định rằng quý vị không đủ điều kiện tham gia chương trình.

- Khi quý vị di chuyển ra khỏi khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi.
- Khi quý vị ra ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi trên sáu tháng.
  - Nếu quý vị chuyển nhà hoặc đi xa, quý vị nên gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng để biết nơi quý vị chuyển đến hoặc đi đến có nằm trong khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi hay không.
- Khi quý vị vào trại giam hoặc nhà tù vì phạm tội hình sự.
- Khi quý vị nói dối hoặc che giấu thông tin về bảo hiểm khác mà quý vị có đối với thuốc toa.
- Nếu quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc không sống hợp pháp ở Hoa Kỳ.

Quý vị phải là công dân Hoa Kỳ hoặc được phép sống hợp pháp ở Hoa Kỳ thì mới được làm hội viên của chương trình chúng tôi. Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services) sẽ thông báo cho chúng tôi biết nếu quý vị không hội đủ tiêu chuẩn để làm hội viên vì lý do này. Chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị nếu quý vị không thỏa mãn yêu cầu này.

Nếu quý vị không còn đủ tiêu chuẩn hưởng Medi-Cal hoặc hoàn cảnh của quý vị đã thay đổi khiến quý vị không còn đủ tiêu chuẩn tham gia Cal MediConnect nữa, thì quý vị có thể được tiếp tục nhận các quyền lợi từ chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan thêm hai tháng nữa. Thời gian cho thêm này sẽ cho phép quý vị được sửa lại thông tin về tiêu chuẩn tham gia của mình nếu quý vị nghĩ rằng mình vẫn đủ tiêu chuẩn tham gia. Quý vị sẽ được nhận thư của chúng tôi cho biết sự thay đổi về tiêu chuẩn tham gia của quý vị kèm theo hướng dẫn về cách sửa lại thông tin về tiêu chuẩn tham gia của quý vị.

- Để tiếp tục được làm hội viên của Chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, quý vị phải trở về tình trạng đủ điều kiện tham gia trước ngày cuối cùng của thời hạn hai tháng đó.
- Nếu đến ngày cuối cùng của thời hạn hai tháng mà quý vị vẫn không đủ điều kiện để tham gia, quý vị sẽ bị loại ra khỏi chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Chúng tôi có thể trục xuất quý vị khỏi chương trình vì những lý do sau đây chỉ khi nào chúng tôi được Medicare và Medi-Cal cho phép trước:

- Nếu quý vị cố tình cung cấp thông tin sai sự thực khi ghi danh vào chương trình chúng tôi và thông tin đó ảnh hưởng đến tiêu chuẩn tham gia chương trình của chúng tôi.

- Nếu quý vị tiếp tục hành xử theo cách không hợp tác và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị hoặc cho các hội viên khác của chương trình.
- Nếu quý vị cho người khác sử dụng Thẻ Hội Viên của quý vị để được chăm sóc y tế.
  - Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị bởi lý do này, Medicare có thể sẽ đưa trường hợp của quý vị vào điều tra bởi Tổng Thanh Tra.

G. Quy tắc chống lại việc yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình Cal MediConnect của chúng tôi vì bất kỳ lý do liên quan đến sức khỏe nào

Nếu quý vị cảm thấy quý vị bị yêu cầu rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do có liên quan đến sức khỏe, quý vị phải gọi cho **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.

Quý vị cũng nên **gọi cho Chương trình Thanh tra Cal MediConnect** theo số 1-855-501-3077 Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 9:00 sáng đến 5:00 chiều. Người dùng TTY nên gọi 1-855-847-7914.

H. Quý vị có quyền khiếu nại khi chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình chúng tôi

Nếu chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong Cal MediConnect plan của chúng tôi, chúng tôi phải cho quý vị biết rõ các lý do của chúng tôi bằng văn bản về việc kết thúc tư cách hội viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải cho biết quý vị có thể phải làm sao để than phiền hoặc khiếu nại về quyết định của chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vi. Quý vị cũng có thể xem Chương 9 Mục J để biết thêm thông tin về cách khiếu nại.

I. Cách tìm hiểu thêm thông tin về việc kết thúc tư cách hội viên chương trình của quý vị

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn tìm hiểu thêm về việc khi nào chúng tôi có thể chấm dứt tư cách hội viên của quý vị, quý vị có thể:

- Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Gọi Heath Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 6:00 chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077.
- Gọi Chương trình Hỗ trợ và Tư vấn Bảo hiểm Y tế California (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) theo số 1- 800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm

văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.

- Gọi Chương trình Cal MediConnect Ombuds theo số 1-855-501-3077 Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 9:00 sáng đến 5:00 chiều. Người dùng TTY nên gọi 1-855-847-7914.
- Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 tiếng/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Chương 11: Thông báo pháp lý

Giới thiệu

Chương này bao gồm các thông báo pháp lý áp dụng đối với tư cách hội viên của quý vị trong Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên.*

Mục lục

A. Thông báo về các luật 247

B. Thông báo về không phân biệt đối xử 247

C. Thông báo về Medicare là bên thanh toán thứ hai và Medi-Cal là phương thức thanh toán cuối cùng 248

D. Thông báo về trách nhiệm thanh toán của bên thứ ba 248

E. Thông báo Không Phân biệt Đối xử 249

A. Thông báo về các luật

Có nhiều luật được áp dụng cho *Sổ tay Hội viên này*. Các luật này có thể ảnh hưởng đến các quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi các luật đó không được nêu hoặc giải thích trong cuốn cẩm nang này. Những luật chính áp dụng cho cuốn cẩm nang này là những luật của liên bang về các chương trình Medicare và Medi-Cal. Các luật khác của liên bang và tiểu bang cũng có thể được áp dụng.

B. Thông báo về không phân biệt đối xử

Mọi công ty hoặc cơ quan làm việc với Medicare và Medi-Cal đều phải tuân thủ luật bảo vệ quý vị khỏi bị phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công. Chúng tôi không phân biệt đối xử hoặc đối xử với quý vị khác vì tuổi tác, tiểu sử khiếu nại, màu da, sắc tộc, bằng chứng về khả năng có thể bảo hiểm, giới tính, thông tin di truyền, vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ, tình trạng sức khỏe, bệnh sử, tình trạng khuyết tật thể xác hoặc tâm thần, nguồn gốc quốc gia, chủng tộc, tôn giáo hoặc giới tính của quý vị. Ngoài ra, chúng tôi không phân biệt đối xử hay đối xử khác đi vì lý do tổ tiên, tình trạng hôn nhân, hoặc xu hướng tính dục của quý vị.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc lo ngại về tình trạng phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công:

- Hãy gọi cho Văn phòng Dân quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY có thể gọi 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.

  Gọi cho Văn phòng Dân quyền tại địa phương.
  Office for Civil Rights
  U.S. Department of Health and Human Services
  90 7th Street, Suite 4-100
  San Francisco, CA 94103
  Trung tâm Phản hồi Khách hàng: (800) 368-1019
  Fax: (202) 619-3818
  TTY: (800) 537-7697
  Email: ocrmail@hhs.gov

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần giúp để tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp, xin gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng. Nếu quý vị muốn khiếu nại, như khi gặp khó khăn trong việc tiếp cận xe lăn, bộ phận Chăm sóc Khách hàng có thể giúp quý vị.

C. Thông báo về Medicare là bên thanh toán thứ hai và Medi-Cal là phương thức thanh toán cuối cùng

Có những trường hợp người khác phải trả tiền trước tiên cho các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho quý vị. Ví dụ, nếu quý vị bị tai nạn xe hơi hoặc nếu quý vị bị thương tại sở làm, bảo hiểm hoặc chương trình Bồi thường cho Công nhân (Workers Compensation) phải là bên thanh toán trước tiên.

Quý vị có quyền và trách nhiệm thu tiền cho các dịch vụ Medicare được bảo hiểm mà trong đó Medicare không phải là người thanh toán trước tiên.

Cal MediConnect program thực hiện theo các luật và quy định của Tiểu bang và Liên bang về trách nhiệm thanh toán theo luật của bên ba cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho hội viên. Chúng tôi sẽ thực hiện tất cả các biện pháp hợp lý để bảo đảm chương trình Medi-Cal chỉ là phương thức trả tiền cuối cùng.

D. Thông báo về trách nhiệm thanh toán của bên thứ ba

Nếu quý vị bị thương hay bệnh tật mà một bên thứ ba sẽ phải chịu trách nhiệm trả tiền do hành động bất cẩn hoặc cố ý hay sai sót gây ra bệnh tật hay tổn thương đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản kê các chi phí dịch vụ hợp lý được cung cấp đối với tổn thương hoặc bệnh tật đó. Các phí này sẽ được tính theo cách trình bày dưới đây. Tuy nhiên, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ khoản tiền nào cho chúng tôi trước khi xác định trách nhiệm trả tiền qua việc dàn xếp vụ việc, tòa án phân xử hay cách thức khác.

Nếu quý vị thu lại được bất kỳ khoản tiền nào mà bên ba có trách nhiệm trả, quý vị phải thông báo việc đó cho chúng tôi ngay. Chúng tôi phải được bồi hoàn bằng các khoản thu lại cho những chi phí đã nêu trong bản kê mà chúng tôi đã gửi cho quý vị, theo các giới hạn nêu trong các đoạn sau đây:

a) Số tiền được phép thu lại của chúng tôi sẽ được tính như sau:

i. Với các dịch vụ chăm sóc không được cung cấp theo đầu người, là số tiền thực tế mà Chương trình, nhóm y tế hoặc Hiệp hội Hành nghề Độc lập (Independent Practice Association)* đã trả cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế; hoặc

ii. Với những dịch vụ được cung cấp theo đầu người, là tám mươi phần trăm (80%) mức phí thường dùng cho các cùng các dịch vụ đó được cung cấp không theo đầu người trong cùng một khu vực địa lý là nơi mà dịch vụ đó được cung cấp.

iii. Nếu quý vị nhận cả dịch vụ không theo đầu người và theo đầu người, nhà cung cấp dịch vụ có hợp đồng cung cấp dịch vụ theo đầu người của chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ không theo đầu người mà quý vị đã nhận, khi đó bất kỳ số tiền cần thu lại nào cũng không được vượt quá tổng số:

(i) chi phí hợp lý thực tế đã trả cho việc xác định chính thức số tiền được phép thu lại, và

(ii) các số tiền được xác định theo Mục "a" và "b" trên đây.

b) Số tiền được phép thu lại tối đa của chúng tôi có các giới hạn sau đây:

i. Nếu quý vị có thuê luật sư đại diện, thì số tiền được phép thu lại đó không được vượt quá số tiền nào ít hơn sau đây:

(i) số tiền tối đa xác định được theo mục 1 ở trên; hoặc

(ii) Một phần ba (1/3) của các số tiền mà quý vị có quyền được nhận theo bất kỳ phán quyết tài chính, thỏa hiệp hoặc thỏa thuận dàn xếp nào.

ii. Nếu quý vị không thuê luật sư đại diện, thì số tiền được phép thu lại đó không được vượt quá số tiền nào ít hơn sau đây:

(i) số tiền tối đa xác định được theo mục 1 ở trên; hoặc

(ii) Một phần hai (1/2) của các số tiền mà quý vị có quyền được nhận theo bất kỳ phán quyết tối hậu, thỏa hiệp hoặc thỏa thuận dàn xếp nào.

c) Số tiền được phép thu lại của chúng tôi cũng phải chịu các khoản khấu trừ thêm như sau:

i. Nếu một thẩm phán, hội đồng xét xử hoặc trọng tài có một phát hiện đặc biệt là quý vị cũng có lỗi một phần, thì số tiền được phép thu lại của chúng tôi sẽ được trừ theo tỷ lệ phần trăm của lỗi so sánh mà số tiền thu lại của quý vị đã bị trừ.

ii. Một khoản khấu trừ theo tỷ lệ của lệ phí (nếu có) và chi phí hợp lý cho luật sư của quý vị.

Các giới hạn nói trên về số tiền được phép thu lại không áp dụng cho tiền thu lại từ tiền Bồi thường cho Công nhân (Workers Compensation).

Theo các giới hạn nói trên, quý vị trao cho Blue Shield of California Promise Health Plan giấy tờ chuyển nhượng về, quyền được đòi và thu lại, bất kỳ số tiền nào được thu lại như thế theo thỏa thuận, quyết định phân xử hoặc phán quyết của tòa án. Chúng tôi có thể sẽ yêu cầu quý vị hợp thức hóa các giấy tờ và cung cấp những thông tin cần thiết để chính thức hóa việc chuyển nhượng, quyền yêu sách, hoặc thu lại để bảo đảm quyền được thu lại.

Ngoài ra, bằng hợp đồng, chúng tôi cũng đã ủy quyền cho các nhà cung cấp dịch vụ được thu lại tiền của bên thứ ba cho những dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà họ đã cung cấp, hoặc dàn xếp để cung cấp cho hội viên.

Các Nhóm Y tế, Bác sĩ và Hiệp hội Hành nghề Độc lập có hợp đồng khi thu tiền của bên ba cho hội viên phải thực hiện theo các thủ tục nêu trên.

E. Thông báo Không Phân biệt Đối xử

Phân biệt đối xử là việc bất hợp pháp

Blue Shield of California Promise Health Plan tuân thủ luật tiểu bang và luật về quyền công dân hiện hành của liên bang và không phân biệt đối xử, loại mọi người ra khỏi hoặc đối xử với họ khác đi, dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nhận diện nhóm dân tộc, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận

diện giới tính, khuynh hướng giới tính, độ tuổi, tình trạng khuyết tật thể chất hoặc tâm thần. Blue Shield of California Promise Health Plan cung cấp:

- Các dịch vụ và hỗ trợ miễn phí cho những người khuyết tật để giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn:
  - Thông dịch viên ngôn ngữ tín hiệu đủ trình độ
  - Thông tin bằng văn bản bằng các định dạng khác (chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải Tiếng Anh, như:
  - Thông dịch viên có trình độ
  - Thông tin bằng văn bản bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, liên lạc với Điều phối viên Dân quyền của Blue Shield of California Promise Health Plan.

Nếu quý vị cho rằng Blue Shield of California Promise Health Plan đã không cung cấp được những dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nhận diện nhóm dân tộc, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận diện giới tính, khuynh hướng giới tính, độ tuổi, tình trạng khuyết tật thể chất hoặc tâm thần, quý vị có thể nộp đơn than phiền đến:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
Điện thoại: (844) 883-2233 (TTY: 711)
Fax: (323) 889-2228
Email: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp hoặc qua thư, fax hoặc email. Nếu quý vị cần giúp đỡ gửi than phiền, Điều phối viên Dân quyền luôn sẵn sàng hỗ trợ quý vị.

Quý vị có thể gửi khiếu nại về quyền công dân đến Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (U.S. Department of Health and Human Services), Văn phòng Quyền Công dân (Office for Civil Rights), theo hình thức điện tử thông qua Cổng Thông tin về Khiếu nại của Văn phòng Quyền Công dân tại địa chỉ https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Mẫu khiếu nại có tại http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Chương 12: Định nghĩa các từ ngữ quan trọng

Giới thiệu

Chương này bao gồm các thuật ngữ chính được sử dụng xuyên suốt *Sổ tay Hội viên* cùng với các định nghĩa của chúng. Các thuật ngữ được liệt kê theo thứ tự abc. Nếu quý vị không thể tìm thấy thuật ngữ quý vị đang tìm kiếm hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin ngoài định nghĩa, liên hệ bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

Bậc chia sẻ chi phí: Một nhóm thuốc có cùng số tiền đồng trả. Mỗi loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc được Bảo hiểm* (còn được gọi là Danh mục thuốc) là một trong bốn (4) bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao, thì chi phí thuốc của quý vị càng cao.

Bậc chia sẻ chi phí: Phần chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị mà quý vị có thể sẽ phải trả vào mỗi tháng trước khi các phúc lợi Cal MediConnect trở nên có hiệu lực. Mức chia sẻ chi phí của quý vị sẽ thay đổi tùy theo thu nhập và các nguồn hỗ trợ của quý vị.

Bác sĩ chuyên khoa: Bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một bệnh hoặc bộ phận cơ thể cụ thể.

Bậc thuốc: Các nhóm thuốc có trong Danh sách Thuốc của chúng tôi. Thuốc gốc, chính thương hoặc thuốc không cần toa (OTC) là ví dụ về bậc thuốc. Mỗi loại thuốc nằm trong Danh sách Thuốc đều thuộc một trong bốn (4) bậc.

Bệnh nhân Nội trú (Inpatient): Một thuật ngữ được sử dụng khi quý vị được nhập viện chính thức để nhận các dịch vụ y tế chuyên môn. Nếu quý vị không chính thức được nhập viện, quý vị có thể vẫn được xem xét là bệnh nhân ngoại trú thay vì là một bệnh nhân nội trú ngay cả khi quý vị lưu lại qua đêm.

Bộ phận Chăm sóc Khách hàng: Một ban của chương trình chúng tôi chịu trách nhiệm giải đáp thắc mắc cho quý vị về tư cách hội viên, quyền lợi, việc than phiền, và kháng cáo của quý vị. Xem Chương 2 Phần A để biết thông tin về cách liên lạc với bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

Bộ phận giả và Dụng cụ chỉnh hình: Có những thiết bị y tế được bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác yêu cầu. Các mục được bảo hiểm bao gồm, nhưng không giới hạn đối với kẹp tay, lưng và cổ; chi giả; mắt giả; và các dụng cụ cần để thay thế bộ phận bên trong cơ thể hoặc chức năng, bao gồm vật tư y tế để mổ tạo nên hậu môn nhân tạo và liệu pháp dinh dưỡng trong ruột và ngoài ruột.

Bộ Quản trị Dịch vụ Chăm sóc Sức Khỏe (Department of Health Care Services - DHCS): Bộ quản trị Chương trình Medicaid của Tiểu bang California (gọi là Medi-Cal ở California), thường được gọi là “Tiểu bang” trong sổ tay này.

Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS):Các dịch vụ và hỗ trợ dài kỳ là các dịch vụ giúp cải thiện tình trạng bệnh lý dài hạn. Hầu hết các dịch vụ này là để giúp quý vị được ở nhà và không phải đi vào nhà điều dưỡng hoặc bệnh viện. LTSS gồm có Chương trình Dịch vụ Người Cao niên Đa Mục đích (Multi-Purpose Senior Services Program - MSSP), Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (Community Based Adult Services - CBAS), và Dịch vụ của Cơ sở Điều dưỡng (Nursing Facilities - NF) /Cơ sở Chăm sóc Bán Cấp (Sub-Acute Care Facilities - SCF).

Cal MediConnect: Là chương trình cung cấp cả quyền lợi Medicare và Medi-Cal cho quý vị trong cùng một chương trình sức khỏe. Quý vị chỉ dùng một Thẻ Hội viên duy nhất cho tất cả phúc lợi của mình.

Cần thiết về mặt y tế: Thuật ngữ này mô tả các dịch vụ, vật dụng, hoặc thuốc mà quý vị cần để phòng ngừa, chẩn đoán, hoặc điều trị một bệnh trạng hay duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Các dịch vụ chăm sóc giúp quý vị khỏi phải vào bệnh viện hoặc nhà điều dưỡng cũng được xem là cần thiết. Nó cũng có nghĩa là các dịch vụ, đồ tiếp liệu, hoặc các loại thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn hành nghề y tế đã được chấp nhận. Theo định nghĩa của Medi-Cal, thì các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chỉ cần thiết về mặt y tế khi chúng cần dùng để bảo vệ sinh mạng, phòng ngừa bệnh tật đáng kể hoặc tình trạng khuyết tật đáng kể, hoặc để giảm đau nghiêm trọng mà thôi.

Cấp cứu: Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị hoặc bất kỳ người nào khác có hiểu biết trung bình về sức khỏe và y khoa, tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức nhằm ngăn ngừa tử vong, mất một bộ phận cơ thể hoặc mất chức năng của bộ phận cơ thể. Các triệu chứng y khoa đó có thể là một tổn thương nghiêm trọng hoặc rất đau đớn.

Chăm sóc cấp cứu: Các dịch vụ được bảo hiểm do nhà cung cấp dịch vụ được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu và cần dùng để điều trị một tình trạng cấp cứu y tế hoặc sức khỏe hành vi.

Chăm sóc giai đoạn cuối: Một chương trình chăm sóc và hỗ trợ để giúp những người được chẩn đoán ở giai đoạn cuối sống thoải mái. Chẩn đoán ở giai đoạn cuối là trường hợp bệnh nhân đang ở trong giai đoạn cuối đời và dự kiến sẽ không sống được quá sáu tháng.

- Người ghi danh có tiên lượng tử vong có quyền chọn dùng dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời.
- Một nhóm các chuyên viên và người chăm sóc được đào tạo đặc biệt để chăm sóc toàn diện cho người đó, bao gồm các nhu cầu về thể xác, cảm xúc, xã hội và tinh thần.
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan phải cung cấp cho quý vị một danh sách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời trong khu vực địa lý của quý vị.

Chăm sóc khẩn cấp: Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận khi bị bệnh, tổn thương, hay tình trạng đột ngột không phải là cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm

sóc khẩn cấp cần thiết tại các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi không có nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc quý vị không thể đến chỗ họ được.

Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF): Dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và phục hồi chức năng được cung cấp liên tục, hàng ngày, tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Các ví dụ về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn gồm có vật lý trị liệu hoặc tiêm thuốc qua tĩnh mạch (IV) mà y tá có đăng ký hành nghề hoặc bác sĩ có thể thực hiện.

Chi phí tiền túi: Yêu cầu hội viên phụ chi bằng cách trả một phần cho dịch vụ hoặc thuốc men mà họ nhận được gọi là yêu cầu trả chi phí "tiền túi". Xem định nghĩa về "chia sẻ chi phí" ở phần trên.

Chia sẻ chi phí: Các số tiền mà quý vị phải trả khi nhận một số thuốc theo toa nào đó. Phụ trả chi phí bao gồm cả tiền đồng trả.

Cho phép trước: Quý vị phải nhận được sự cho phép của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan trước khi quý vị có thể nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể hoặc đến gặp một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan có thể không bảo hiểm cho dịch vụ hoặc thuốc nếu quý vị không được cho phép.

Một số các dịch vụ y tế trong mạng lưới cụ thể chỉ được bảo hiểm khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị được chương trình cho phép trước.

- Các dịch vụ được bảo hiểm cần sự cho phép trước của chương trình được đánh dấu trong Bảng Quyền lợi trong Chương 4.

Một số loại thuốc chỉ được bảo hiểm khi quý vị được chúng tôi cho phép trước.

- Thuốc được bảo hiểm phải xin phép trước của chương trình được đánh dấu trong *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm*.

Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người Cao niên (All-Inclusive Care for the Elderly - PACE): Chương trình bảo hiểm kết hợp quyền lợi Medicare và Medi-Cal cho người từ 55 tuổi trở lên cần nhận được một mức độ chăm sóc cao hơn để được sống tại nhà.

Chương trình Dịch vụ Người Cao niên Đa Mục đích (Multipurpose Senior Services Program, MSSP): Là chương trình cung cấp các Dịch vụ tại Nhà và Cộng đồng (Home and Community-Based Services - HCBS) cho người đủ tiêu chuẩn hưởng Medi-Cal từ 65 tuổi trở lên bị khuyết tật để khỏi phải đưa vào cơ sở điều dưỡng.

Chương trình Medi-Cal: Là các chương trình chỉ cung cấp quyền lợi Medi-Cal mà thôi, như dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, thiết bị y tế, và vận chuyển. Các quyền lợi Medicare được cung cấp riêng.

Chương trình sức khỏe: Một tổ chức bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp dịch vụ dài hạn và các nhà cung cấp khác. Chương trình cũng có các Điều phối viên Chăm sóc để

giúp quý vị quản lý tất cả các nhà cung cấp và dịch vụ của quý vị. Họ sẽ cùng nhau phối hợp để cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị cần.

Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program - HICAP): Chương trình cung cấp thông tin và dịch vụ tư vấn khách quan và miễn phí về Medicare. Chương 2 Mục E cho biết phải làm sao để liên hệ với HICAP.

Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (Skilled Nursing Facility, SNF): Một cơ sở điều dưỡng có nhân viên và thiết bị cung cấp các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, trong hầu hết các trường hợp, các dịch vụ phục hồi chuyên môn và các dịch vụ sức khỏe liên quan khác.

Cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF): Cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau ốm đau, tai nạn hoặc phẫu thuật quan trọng. Cơ sở này cung cấp nhiều loại hình dịch vụ, bao gồm liệu pháp vật lý, các dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, liệu pháp hô hấp, liệu pháp chức năng, liệu pháp âm ngữ và các dịch vụ đánh giá môi trường tại nhà.

Công việc hàng ngày (Activities of daily living - ADL): Những điều mà mọi người thực hiện thường ngày, ví dụ như ăn uống, sử dụng nhà vệ sinh, mặc quần áo, tắm rửa hoặc đánh răng.

Đánh giá nguy cơ cho sức khỏe: Xem xét tiền sử bệnh và tình trạng sức khỏe hiện tại của bệnh nhân. Việc đánh giá nguy cơ cho sức khỏe được dùng để tìm hiểu sức khỏe của bệnh nhân và tiên lượng của sức khỏe trong tương lai.

Đánh giá Y tế Độc lập (Independent Medical Review - IMR): Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu cung cấp dịch vụ y tế hoặc liệu pháp điều trị của quý vị, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo với chúng tôi. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi và vấn đề của quý vị là về một dịch vụ Medi-Cal, bao gồm vật tư DME và thuốc, quý vị có thể yêu cầu California Department of Managed Health Care làm Đánh giá Y tế Độc lập. IMR là cuộc đánh giá về ca bệnh của quý vị do các bác sĩ không nằm trong chương trình của chúng tôi thực hiện. Nếu kết quả IMR cho thấy quý vị đúng, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc phương pháp điều trị mà quý vị yêu cầu cung cấp. Quý vị không phải trả phí cho IMR.

***Danh sách Thuốc được Bảo hiểm* (Danh sách Thuốc):** Danh sách thuốc theo toa và thuốc không cần toa (OTC) được chương trình bảo hiểm. Chương trình chọn thuốc để đưa vào danh mục này với sự trợ giúp của các bác sĩ và dược sĩ. Danh mục Thuốc cho quý vị biết về quy định nào mà quý vị cần phải tuân thủ để mua thuốc hay không. Danh sách Thuốc đôi khi cũng được gọi là "danh mục thuốc".

Đào tạo về năng lực văn hóa: Đào tạo cung cấp hướng dẫn bổ sung cho các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của chúng tôi giúp họ hiểu rõ hơn về nền tảng, giá trị và niềm tin của quý vị để thích nghi với các dịch vụ nhằm đáp ứng nhu cầu về xã hội, văn hóa và ngôn ngữ của quý vị.

Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS): Chương trình dịch vụ tại cơ sở, ngoại trú cung cấp các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ xã hội, các liệu pháp điều trị nghề

nghiệp và ngôn ngữ, chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ cho gia đình/người chăm sóc, các dịch vụ dinh dưỡng, vận chuyển, và dịch vụ khác cho Người Ghi danh đủ tiêu chuẩn.

Dịch vụ được bảo hiểm: Thuật ngữ chung chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, nguồn tiếp liệu, thuốc kê toa bác sĩ và thuốc mua không cần toa bác sĩ, thiết bị và các dịch vụ khác được chương trình của chúng tôi bảo hiểm.

Dịch vụ được Medicare bảo hiểm: Các dịch vụ được bảo hiểm theo Medicare Phần A và Phần B. Tất cả các chương trình sức khỏe Medicare, kể cả chương trình chúng tôi, đều phải bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ được bảo hiểm theo Medicare Phần A và Phần B.

Dịch vụ phục hồi chức năng: Liệu pháp điều trị mà quý vị nhận được giúp phục hồi từ một bệnh, tai nạn hoặc một cuộc đại phẫu. Xem Chương 4 để biết thêm về các dịch vụ phục hồi.

Dịch vụ Tùy chọn cho Kế hoạch Chăm sóc (Care Plan Optional Services, CPO Services): Các dịch vụ bổ sung có thể tùy chọn theo ý muốn trong Kế hoạch Chăm sóc Riêng (Individualized Care Plan, ICP) của quý vị. Các dịch vụ này không được dự định để thay thế cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn mà quý vị được phép nhận theo Medi-Cal.

Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe (Care Navigator): Một đầu mối chính làm việc với quý vị, với chương trình chăm sóc sức khỏe và với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc để đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết.

Đội ngũ Chăm sóc Liên ngành (ICT) hoặc Đội ngũ Chăm sóc (Care team): Đội ngũ chăm sóc có thể bao gồm các bác sĩ, điều dưỡng, tư vấn viên, hoặc chuyên viên y tế khác giúp quý vị nhận được sự chăm sóc mà quý vị cần. Đội ngũ chăm sóc của quý vị cũng sẽ giúp quý vị lập kế hoạch chăm sóc.

Đội ngũ chăm sóc: Xem “Đội ngũ Chăm sóc Liên ngành.”

Extra Help: Một chương trình Medicare để giúp những người có thu nhập và các nguồn lực hạn chế giảm các chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D, chẳng hạn như tiền bảo hiểm, các khoản khấu trừ và tiền đồng trả. Trợ cấp Đặc biệt còn được gọi là “Trợ cấp Thu nhập Thấp” hoặc “LIS.”

Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu (Initial coverage stage): Giai đoạn trước khi tổng chi phí thuốc Phần D của quý vị đạt mức$6,550. Mức này bao gồm các số tiền quý vị đã trả, những khoản mà chương trình đã trả thay cho quý vị, và trợ cấp thu nhập thấp. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị mua thuốc theo đơn lần đầu tiên trong năm. Trong giai đoạn này, chương trình sẽ trả một phần chi phí thuốc của quý vị, và quý vị trả phần chia sẻ chi phí của quý vị.

Giai đoạn bảo hiểm tai ương: Là giai đoạn trong phúc lợi thuốc Phần D, trong đó chương trình sẽ thanh toán toàn bộ chi phí thuốc của quý vị cho đến khi kết thúc năm. Quý vị sẽ bắt đầu giai đoạn này khi quý vị đạt đến giới hạn $6,550 cho thuốc kê toa của mình.

Giấy giới thiệu: Giấy giới thiệu có nghĩa là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) của quý vị phải chấp thuận trước thì quý vị quý vị mới có thể thăm khám với ai đó không phải PCP của mình. Nếu quý vị không được chấp thuận, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan có thể sẽ không bảo hiểm cho thuốc đó. Quý vị không cần giấy giới thiệu để thăm khám một số bác sĩ chuyên khoa, như bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về giấy giới thiệu tại Chương 3 và về dịch vụ yêu cầu giấy giới thiệu tại Chương 4.

Giới hạn số lượng: Giới hạn về số lượng thuốc quý vị có thể có. Giới hạn có thể là về số lượng thuốc mà chúng tôi bảo hiểm cho mỗi đơn thuốc.

Gửi hóa đơn không đúng/không phù hợp: Tình huống mà trong đó nhà cung cấp dịch vụ (như bác sĩ hoặc bệnh viện chẳng hạn) xuất hóa đơn cho quý vị cao hơn mức chia sẻ chi phí của chương trình cho dịch vụ. Xuất trình thẻ hội viên Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan khi quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc toa nào. Hãy gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào mà quý vị không hiểu. Là hội viên của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, quý vị chỉ phải trả phần chia sẻ chi phí của chương trình khi quý vị nhận dịch vụ được chương trình chúng tôi bảo hiểm. Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp dịch vụ xuất hóa đơn cho quý vị cao hơn mức này.

Hội viên (hội viên của chương trình chúng tôi, hoặc hội viên chương trình): Người có cả Medicare và Medi-Cal đủ điều kiện được nhận các dịch vụ được bảo hiểm, đã được ghi danh trong chương trình chúng tôi, và việc ghi danh của họ đã được Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services - CMS) và tiểu bang xác nhận.

Hủy ghi danh: Quy trình kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình chúng tôi. Việc hủy ghi danh có thể là tự nguyện (lựa chọn của chính quý vị) hoặc không tự nguyện (không phải lựa chọn của chính quý vị).

Kế hoạch Chăm sóc Riêng (Individualized Care Plan, còn gọi là ICP hay Care Plan): Kế hoạch cho biết những dịch vụ nào quý vị sẽ nhận được và quý vị sẽ nhận những dịch vụ đó như thế nào. Kế hoạch của quý vị có thể sẽ bao gồm các dịch vụ y tế, dịch vụ sức khỏe hành vi, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

Kế hoạch chăm sóc: Xem "Kế hoạch Chăm sóc Riêng".

Kháng cáo: Cách để quý vị chính thức phản đối hành động của chúng tôi khi quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm bằng cách nộp đơn kháng cáo. Chương 9 Mục E giải thích về kháng cáo, gồm cả cách thực hiện kháng cáo.

Khiếu nại: Tuyên bố bằng văn bản hoặc lời nói cho biết quý vị gặp vấn đề hoặc có quan ngại về các dịch vụ hoặc chăm sóc được bảo hiểm của quý vị. Trong đó bao gồm các quan ngại về chất lượng dịch vụ, chất lượng chăm sóc của quý vị, các nhà cung cấp hoặc nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. “Making a complaint" (nộp đơn khiếu nại”) có tên gọi chính thức là “filing a grievance” ("nộp đơn than phiền").

Khoản hỗ trợ được trả trong khi chờ đợi: Quý vị có thể được tiếp tục nhận quyền lợi của mình trong khi chờ quyết định về Kháng cáo Cấp 1 hoặc Phiên Phân xử của Tiểu bang (Xem Chương 9 Mục E để biết thêm thông tin). Khoản bảo hiểm tiếp tục này được gọi là "khoản hỗ trợ được trả trong khi chờ đợi."

Khu vực dịch vụ: Khu vực địa lý nơi chương trình chăm sóc sức khỏe chấp nhận các hội viên nếu chương trình giới hạn tư cách hội viên dựa trên nơi mà họ sống. Với những chương trình chỉ cho quý vị được sử dụng những bác sĩ và bệnh viện nào đó mà thôi, thì đó cũng thường là khu vực mà quý vị có thể thường xuyên nhận dịch vụ (không cấp cứu). Chỉ những người sống tại khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi mới được tham gia Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Medi-Cal: Là tên gọi của chương trình Medicaid tại California. Medi-Cal do tiểu bang điều hành và do chính quyền tiểu bang và liên bang chi trả.

- Chương trình này giúp cho người có thu nhập và nguồn hỗ trợ hạn chế thanh toán các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn và chi phí y tế.
- Chương trình này bảo hiểm cho các dịch vụ và một số thuốc không được Medicare bảo hiểm.
- Các chương trình Medicaid thay đổi tùy theo từng tiểu bang, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc y tế được bảo hiểm nếu quý vị đủ điều kiện cho cả Medicare và Medicaid.
- Xem Chương 2 Mục H để tìm hiểu và biết cách liên hệ với Medi-Cal.

Medicare: Chương trình bảo hiểm y tế của liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi nhưng bị khuyết tật nhất định và người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (thường là người suy thận vĩnh viễn cần thẩm tách hoặc cấy ghép thận). Người có Medicare có thể nhận bảo hiểm y tế Medicare qua chương trình Original Medicare hoặc một chương trình chăm sóc sức khỏe có quản lý (xem "Chương trình sức khỏe").

Medicare Advantage Plan: Chương trình Medicare, còn được gọi là "Medicare Phần C" hoặc "Chương trình MA" cung cấp các chương trình thông qua các công ty tư nhân. Medicare thanh toán cho các công ty này để bảo hiểm các quyền lợi Medicare.

Medicare Phần A: Chương trình Medicare bảo hiểm cho hầu hết các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chăm sóc sức khỏe tại gia và chăm sóc cuối đời cần thiết về mặt y tế.

Medicare Phần B: Chương trình Medicare bảo hiểm cho các dịch vụ (như xét nghiệm, phẫu thuật, và thăm khám tại bác sĩ) và vật dụng (như xe lăn và khung đi bộ (walker)) cần thiết về mặt y tế để điều trị cho một bệnh hoặc tình trạng. Chương trình Medicare Phần B cũng bảo hiểm nhiều dịch vụ phòng ngừa và tầm soát.

Medicare Phần C: Chương trình Medicare cho phép các công ty bảo hiểm y tế tư nhân cung cấp các quyền lợi Medicare thông qua chương trình Medicare Advantage Plan.

Medicare Phần D: Chương trình quyền lợi thuốc kê toa của Medicare. (Chúng tôi gọi chương trình này là "Phần D" cho vắn tắt). Phần D đài thọ cho thuốc toa ngoại trú, vắc xin, và một số vật dụng không được Medicare Phần A hoặc Phần B hoặc Medi-Cal đài thọ. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan bao gồm Medicare Phần D.

Mức chia sẻ chi phí hàng ngày: Mức có thể được áp dụng khi bác sĩ của quý vị kê cho quý vị một lượng thuốc ít hơn lượng cấp cho cả tháng của những thuốc cụ thể và quý vị phải trả tiền đồng trả. Mức chia sẻ chi phí theo ngày là số tiền đồng trả chia cho số ngày thuốc được cấp của một tháng.

Ví dụ như sau: Giả sử tiền đồng trả cho thuốc của quý vị cho nguồn cấp cho cả tháng (cấp để dùng cho 30 ngày) $1.30. Điều này có nghĩa là số tiền quý vị trả cho thuốc của quý vị cao hơn $0.04 một chút mỗi ngày. Nếu quý vị nhận được lượng cấp của 7 ngày, thì tiền thanh toán của quý vị sẽ cao hơn $0.04 một chút mỗi ngày nhân cho 7 ngày, ra tổng số thanh toán là $0.30.

Ngoại lệ: Cho phép nhận bảo hiểm cho một loại thuốc thường không được bảo hiểm hoặc sử dụng thuốc mà không phải tuân theo các quy định hoặc giới hạn nào đó.

Người ghi danh Medicare-Medi-Cal (Đủ tiêu chuẩn hưởng cả hai): Người hội đủ điều kiện hưởng cả Medicare và Medi-Cal. Người ghi danh Medicare-Medi-Cal cũng được gọi là "cá nhân đủ tiêu chuẩn hưởng cả hai".

Người hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà: Người cung cấp các dịch vụ không cần phải có các kỹ năng của y tá có giấy phép hoặc chuyên gia trị liệu, như trợ giúp việc chăm sóc cá nhân (như tắm rửa, đi vệ sinh, thay quần áo, hoặc tập thể dục theo chỉ định). Người hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà không có giấy phép điều dưỡng hoặc cung cấp phương pháp trị liệu.

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP): Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính là bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác mà quý vị đến khám trước tiên cho hầu hết các vấn đề về sức khỏe. Người này sẽ bảo đảm quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần để tiếp tục khỏe mạnh.

- Người đó cũng có thể nói với các bác sĩ và các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác về việc chăm sóc quý vị và giới thiệu quý vị với họ.
- Trong nhiều chương trình sức khỏe Medicare, quý vị phải tới gặp nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính của quý vị trước khi gặp bất kỳ một nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe nào khác.
- Xem Chương 3 để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính.

Nhà cung cấp ngoài mạng lưới or **Cơ sở ngoài mạng lưới:** Nhà cung cấp hoặc cơ sở không do chương trình chúng tôi tuyển dụng, sở hữu hoặc điều hành và không ký hợp đồng cung cấp các dịch vụ được bảo hiểm cho hội viên của chương trình chúng tôi. Chương 3 Mục D giải thích về các nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới.

Nhà cung cấp trong mạng lưới: "Nhà cung cấp" là thuật ngữ chung chúng tôi sử dụng để chỉ các bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp các dịch vụ và chăm sóc cho quý vị. Thuật ngữ này cũng bao gồm các bệnh viện, cơ sở y tế chăm sóc tại nhà, phòng khám và các nơi khác cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thiết bị y tế cũng như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

- Họ đã được Medicare và tiểu bang cấp giấy phép hoặc chứng nhận để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Chúng tôi gọi họ là "nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới" khi họ đồng ý cộng tác với chương trình sức khỏe, chấp nhận tiền thanh toán của chúng tôi và không bắt hội viên chúng tôi phải trả thêm tiền cho họ.
- Trong thời gian làm hội viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng để nhận các dịch vụ được bảo hiểm. Nhà cung cấp trong mạng lưới cũng được gọi là "nhà cung cấp dịch vụ của chương trình".

Nhà hoặc cơ sở điều dưỡng: Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận chăm sóc tại nhà nhưng không cần nhập viện.

Nhà thuốc ngoài mạng lưới: Nhà thuốc chưa đồng ý cộng tác với chương trình chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp thuốc được bảo hiểm cho hội viên của chương trình chúng tôi. Hầu hết các thuốc quý vị mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới đều không được chương trình chúng tôi bảo hiểm trừ khi những điều kiện nào đó được áp dụng.

Nhà thuốc trong mạng lưới: Nhà thuốc (hiệu thuốc) đã đồng ý cung cấp thuốc theo toa cho hội viên chương trình của chúng tôi. Chúng tôi gọi họ là "nhà thuốc trong mạng lưới" vì họ đã đồng ý cộng tác với chương trình chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, thuốc kê toa của quý vị chỉ được bảo hiểm nếu quý vị nhận thuốc tại một trong những hiệu thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare dịch vụ tính phí): Original Medicare được chính phủ cung cấp. Trong Original Medicare, các dịch vụ Medicare được bảo hiểm bằng cách thanh toán cho các bác sĩ, bệnh viện, và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác theo mức giá mà Quốc hội ấn định.

- Quý vị có thể khám bệnh với bất kỳ bác sĩ, bệnh viện, hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác chấp nhận Medicare. Original Medicare có hai phần: Phần A (bảo hiểm bệnh viện) và Phần B (bảo hiểm y tế).
- Original Medicare được cung cấp tại mọi nơi trong Hoa Kỳ.

- Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình chúng tôi, quý vị có thể chọn Original Medicare.

Phần A: Xem "Medicare Phần A."

Phần B: Xem "Medicare Phần B."

Phần C: Xem "Medicare Phần C."

Phần D: Xem "Medicare Phần D."

Phiên Điều trần của Tiểu bang: Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác yêu cầu cung cấp một dịch vụ Medi-Cal mà chúng tôi không chấp thuận, hoặc chúng tôi không tiếp tục thanh toán cho một dịch vụ Medi-Cal mà quý vị đã nhận, quý vị có thể yêu cầu mở Phiên Điều trần của Tiểu bang. Nếu Phiên Điều trần của Tiểu bang quyết định là quý vị đúng, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ mà quý vị đã yêu cầu.

Quyết định trả bảo hiểm: Quyết định về các quyền lợi mà chúng tôi bảo hiểm. Trong đó có cả những quyết định về thuốc và dịch vụ được bảo hiểm hoặc số tiền mà chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sức khỏe của quý vị. Chương 9 giải thích cách thức yêu cầu chúng tôi có quyết định bảo hiểm.

Sở Quản lý Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe (Department of Managed Health Care - DMHC): Bộ này chịu trách nhiệm giám sát các chương trình sức khỏe. DMHC giúp mọi người trong Cal MediConnect kháng cáo và khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal. DMHC cũng thực hiện việc Đánh giá Y tế Độc lập (IMR).

***Sổ tay Hội viên* và Thông tin Công bố:** Tài liệu này, cùng với đơn ghi danh của quý vị và bất kỳ tài liệu đính kèm, hoặc phụ lục, giải thích việc bảo hiểm cho quý vị, những việc mà chúng tôi phải làm, các quyền của quý vị, và những việc quý vị phải làm với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi.

Sức khỏe Hành vi: Là thuật ngữ toàn diện chỉ sức khỏe tâm thần và các rối loạn sử dụng dược chất.

Than phiền: Khiếu nại của quý vị về chúng tôi hoặc một nhà cung cấp dịch vụ hay nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Bao gồm khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc của quý vị hoặc chất lượng dịch vụ do chương trình sức khỏe của quý vị cung cấp.

Thanh tra (Ombudsman): Văn phòng tại tiểu bang của quý vị hoạt động như một người biện hộ thay cho quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu phải làm gì. Các dịch vụ của thanh tra là miễn phí. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về Chương trình Thanh tra Cal MediConnect tại Chương 2 và 9 của sổ tay này.

Thiết bị y tế lâu bền (DME): Các vật dụng nào đó mà bác sĩ yêu cầu cung cấp cho quý vị để sử dụng tại nhà riêng. Ví dụ những hạng mục này gồm có xe lăn, nạng, bộ nệm điện, vật dụng cho

người bị tiểu đường, giường bệnh viện do nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu cung cấp cho sử dụng tại nhà, bơm truyền tĩnh mạch, các thiết bị trợ nói, thiết bị cho thở oxy kèm vật dụng, máy tạo khí dung, và khung đi bộ (walker).

Thông tin sức khỏe cá nhân (còn được gọi là Thông tin sức khỏe được bảo vệ) (PHI): Thông tin về quý vị và sức khỏe của quý vị, như tên, địa chỉ, số an sinh xã hội, các lần thăm khám bác sĩ và tiền sử bệnh. Xem Thông báo Thực hiện Quyền riêng tư của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan để biết thêm thông tin về cách Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan bảo vệ, sử dụng, và tiết lộ PHI của quý vị, cũng như các quyền của quý vị đối với PHI của quý vị.

Thu nhập An sinh Bổ sung (Supplemental Security Income - SSI): Tiền trợ cấp hàng tháng của Sở An sinh Xã hội cung cấp cho những người có thu nhập và nguồn hỗ trợ hạn chế bị khuyết tật, mù, hoặc từ 65 tuổi trở lên. Trợ cấp SSI không phải là trợ cấp An sinh Xã hội.

Thuốc chính hiệu: Là thuốc toa được sản xuất và bán bởi chính công ty đã sản xuất ra thuốc đó đầu tiên. Thuốc thương hiệu có cùng thành phần như các phiên bản gốc của thuốc đó. Thuốc gốc thường được sản xuất và bán bởi các công ty thuốc khác.

Thuốc được bảo hiểm: Thuật ngữ chúng tôi dùng để nói đến tất cả các loại thuốc theo toa và thuốc không cần toa (OTC) được chương trình của chúng tôi bảo hiểm.

Thuốc gốc: Thuốc theo toa được chính quyền liên bang chấp thuận để sử dụng thay cho thuốc thương hiệu. Thuốc gốc có cùng thành phần với thuốc thương hiệu. Thuốc này thường rẻ hơn và có hiệu quả tương đương với thuốc chính hiệu.

Thuốc không cần toa (OTC): Thuốc không cần toa là bất kỳ thuốc hoặc loại thuốc nào một người có thể mua mà không cần đơn thuốc từ chuyên gia chăm sóc sức khỏe.

Thuốc Medicare Phần D: Các thuốc được bảo hiểm theo Medicare Phần D. Quốc hội đã loại bỏ cụ thể một số loại thuốc nhất định ra khỏi phạm vi bảo hiểm của thuốc Phần D. Medi-Cal có thể bảo hiểm cho một số loại thuốc này.

Thuốc Phần D: Xem “Thuốc Medicare Phần D.”

Tiền đồng trả: Là số tiền cố định mà quý vị phải trả dưới hình thức chia sẻ chi phí mỗi lần quý vị nhận các thuốc theo toa. Ví dụ, quý vị có thể sẽ phải trả $2 hoặc $5 cho thuốc kê toa của mình.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality improvement organization, QIO): Là một nhóm bác sĩ và các chuyên viên y tế khác giúp nâng cao phẩm chất chăm sóc cho người có Medicare. Họ được chính quyền liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện việc chăm sóc cho bệnh nhân. Xem Chương 2 để biết thêm thông tin về cách liên lạc với QIO cho tiểu bang của quý vị.

Trị liệu từng bước: Quy định về bảo hiểm yêu cầu quý vị phải dùng thử trước một loại thuốc rồi chúng tôi mới bảo hiểm cho loại thuốc mà quý vị yêu cầu cung cấp.

Trợ cấp thu nhập thấp (LIS): Xem "Trợ cấp Đặc biệt".

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services - CMS): Cơ quan liên bang phụ trách Medicare. Chương 2 sẽ giải thích cách liên lạc với CMS.

Trung tâm phẫu thuật ngoại trú: Cơ sở cung cấp dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho bệnh nhân không cần chăm sóc tại bệnh viện và dự kiến không cần trên 24 giờ chăm sóc.

Xác nhận của tổ chức: Chương trình ra xác định của tổ chức khi họ, hoặc một trong các nhà cung cấp dịch vụ của họ, đưa ra một quyết định về việc dịch vụ có được bảo hiểm hay không hoặc quý vị sẽ phải trả bao nhiêu tiền cho dịch vụ được bảo hiểm. Xác định của tổ chức được gọi là "quyết định trả bảo hiểm" trong sổ tay này. Chương 9 các Mục D, E, và F cho biết phải làm sao để yêu cầu chương trình ra quyết định bảo hiểm.

Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

ĐIỆN THOẠI	1-855-905-3825 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. 7 ngày/tuần. 8:00 giờ sáng – 8:00 giờ tối Bộ phận Chăm sóc Khách hàng cũng có sẵn dịch vụ phiên dịch ngôn ngữ miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho người có khó khăn với việc nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. 7 ngày/tuần. 8:00 giờ sáng – 8:00 giờ tối
VIẾT THƯ	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Drive Monterey Park, CA 91755
TRANG MẠNG	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

Blue Shield of California Promise Health Plan
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755

blueshieldca.com/promise/calmediconnect