Chứng Từ Bảo Hiểm

Quyền Lợi về Y Tế, Bảo Hiểm Thuốc Kê Toa và Dịch Vụ Medicare với tư cách Thành Viên của Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Quận Los Angeles và San Diego

1 tháng 1 năm 2023 - 31 Tháng 12 năm 2023

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

MA005-EOC-TD-VN (10/22)

blue california

Sổ tay Hội viên Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

H5982_22_378A_C VN SNR 09192022

Ngày 1 tháng 1 năm 2023 – 31 tháng 12 năm 2023

Bảo hiểm Sức khỏe và Thuốc trong Blue Shield TotalDual Plan

Sổ tay Hội viên Giới thiệu

Sổ tay Hội viên này, hay còn gọi là Chứng từ Bảo hiểm, sẽ cho quý vị biết về bảo hiểm của quý vị theo chương trình của chúng tôi cho đến ngày 31 tháng 12 năm 2023. 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 *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

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

Trong *Sổ tay Hội viên* này từ "chúng tôi" hoặc "chương trình của chúng tôi" dùng để nói về Blue Shield TotalDual Plan.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày một tuần. The call is free.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (TTY: 711)

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (800) 452-4413 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오,오후 8 시, 7 일 주일 오전 8 시

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք (800) 452-4413 (TTY (հեռատիպ)՝ 711)

فارسی (Persian/Farsi): توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می‌کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می‌باشد. با (800) 452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (800) 452-4413 (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。 (800) 452-4413 (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. برقم اتصل (رقم هاتف الصم والبكم: 711) (800) 452-4413 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। (800) 452-4413 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (TTY:711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। (800) 452-4413 (TTY:711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (800) 452-4413 (TTY:711).

اُردُو (Urdu) : خبردار: اگر آپ تو ہیں، بولتے اردو کی زبان کو آپ کی مدد خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کریں کال (800) 452-4413 (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 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 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 cung cấp, vui lòng liên lạc Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan. Họ sẽ duy trì ngôn ngữ và định dạng ưu tiên của quý vị trong hồ sơ để liên lạc sau này. Để thực hiện bất kỳ cập nhật nào về ưu tiên của quý vị, vui lòng liên lạc Blue Shield TotalDual Plan.

Điều khoản miễn trừ

- Quyền lợi, phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và/hoặc đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2024.

- Danh sách thuốc, mạng lưới nhà thuốc, và/hoặc mạng lưới nhà cung cấp có thể thay đổi vào bất kỳ lúc nào. Quý vị sẽ được nhận thông báo khi cần. Chúng tôi sẽ thông báo cho người ghi danh bị ảnh hưởng về những thay đổi trước ít nhất 30 ngày.

- Trách nhiệm của chương trình chúng tôi là phối hợp các quyền lợi Medi-Cal (Medicaid) của quý vị cho quý vị.

- Blue Shield of California là một chương trình HMO và cũng là một chương trình HMO D-SNP có hợp đồng với Medicare và hợp đồng với chương trình Medi-Cal (Medicaid) của Tiểu bang California. Việc ghi danh vào Blue Shield of California phụ thuộc vào tình trạng gia hạn hợp đồng

- Bảo hiểm theo Blue Shield TotalDual 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.

Chương 1: Bắt đầu với tư cách hội viên

Giới thiệu

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

Mục lục

A. Chào mừng đến với chương trình của chúng tôi 7

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal 7

B1. Medicare 7

B2. Medi-Cal 7

C. Ưu điểm của chương trình của chúng tôi 8

D. Khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình chúng tôi 9

E. Quý vị phải hội đủ những tiêu chuẩn gì thì mới được làm hội viên của chương trình.....9

F. Điều gì sẽ xảy ra khi quý vị mới tham gia chương trình sức khỏe của chúng tôi.....10

G. Đội ngũ Chăm sóc và Kế hoạch Chăm sóc 11

G1. Đội ngũ chăm sóc.....11

G2. Kế hoạch chăm sóc 11

H. Phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình.....12

H1. Phí bảo hiểm chương trình 12

I. *Sổ tay Hội viên* của Quý vị 12

J. Thông tin quan trọng khác quý vị nhận được từ chúng tôi.....12

J1. Thẻ ID Chương trình của quý vị.....13

J2. *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*.....13

J3. *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm*.....15

J4. *Giải thích Quyền lợi* 15

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

K1. Quyền riêng tư về thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) 16

A. Chào mừng đến với chương trình của chúng tôi

Chương trình chúng tôi cung cấp các dịch vụ Medicare và Medi-Cal cho những người đủ điều kiện cho cả hai chương trình. Chúng tôi bao gồm 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. Chúng tôi 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.

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
- Những người bị bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal là tên gọi của chương trình Medi-Cal (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 tiểu bang California đã phê duyejt chương trình của chúng tôi. 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 của chúng tôi

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

Chúng tôi 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 có thể làm việc với chúng tôi cho **tất cả** các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Quý vị có một đội ngũ chăm sóc sức khỏe do chính quý vị góp phần xây dựng nên. 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. Đây là người sẽ làm việc với quý vị, với chương trình của chúng tôi, và đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị để thiết lập kế hoạch chăm sóc.
- Quý vị 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 của quý vị.
- Đội ngũ chăm sóc và điều phối viên chăm sóc của quý vị làm việc với quý vị để xây dựng một kế hoạch chăm sóc được thiết kế để đáp ứng cho nhu cầu chăm sóc của **quý vị**. Đội ngũ chăm sóc giúp điều phối các dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Ví dụ, điều này có nghĩa là đội ngũ chăm sóc của quý vị 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 có thể giảm được bất kỳ tác dụng phụ nào mà quý vị có thể gặp do các loại thuốc đó.

- Các kết quả xét nghiệm của quý vị được chia sẻ cho tất cả bác sĩ và nhà cung cấp khác của quý vị, cho phù hợp.

Hội viên mới đến Blue Shield TotalDual Plan: Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào [Blue Shield TotalDual Plan đối với các quyền lợi Medicare của quý vị vào ngày thứ 1 của tháng sau khi quý vị yêu cầu ghi danh vào Blue Shield TotalDual Plan. Quý vị vẫn có thể nhận các dịch vụ Medi-Cal của quý vị từ chương trình sức khỏe Medi-Cal trước đó thêm một tháng. Sau đó, quý vị sẽ nhận các dịch vụ Medi-Cal qua Blue Shield Promise Health Plan. Sẽ không có giai đoạn không được bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần nếu nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc gì.

D. Khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình chúng tôi

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

Chỉ những người sống tại khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi mới được tham gia chương trình của chúng tôi.

Quý vị không thể tiếp tục ở lại chương trình chúng tôi nếu quý vị chuyển chỗ ở ra bên ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi. Tham khảo **Chương 8** *Sổ tay Hội viên* của quý vị để biết thêm thông tin về ảnh hưởng của việc chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của quý vị.

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 (những người bị bắt giam không được xem là sống trong khu vực dịch vụ địa lý ngay cả khi họ có thể chất nằm trong đó.), **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.

Gọi Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để biết thêm thông tin.

Vui lòng lưu ý: nếu quý vị mất điều kiện tham gia nhưng vẫn có lý do hợp lý để đủ điều kiện tham gia trở lại trong vòng 6 tháng, thì quý vị vẫn đủ điều kiện là hội viên chương trình của chúng tôi (Chương 4, Phần A cho quý vị biết về bảo hiểm và chia sẻ chi phí trong giai đoạn này, được coi là tiếp tục đủ điều kiện tham gia).

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

Khi mới tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ được thực hiện một cuộc đánh giá nguy cơ cho sức khỏe (health risk assessment - HRA) trong vòng 90 ngày trước hoặc sau ngày ghi danh có hiệu lực của quý vị.

Chúng tôi phải hoàn thành HRA cho quý vị. Cuộc HRA này sẽ là căn cứ để xây dựng kế hoạch chăm sóc của quý vị. Cuộc HRA có những câu hỏi để xác định nhu cầu về y tế, LTSS, sức khỏe hành vi tâm thần và hoạt động chức năng của quý vị.

Chúng tôi liên hệ với quý vị để hoàn tất cuộc HRA. Chúng tôi có thể hoàn tất HRA qua gặp trực tiếp, cuộc gọi điện thoại hoặc thư.

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

Nếu chương trình của chúng tôi mới đối với quý vị, quý vị có thể tiếp tục sử dụng các bác sĩ quý vị hiện đang sử dụng trong một khoảng thời gian nhất định, nếu họ không có trong mạng lưới của chúng tôi. Chúng tôi gọi đây là tiếp tục chăm sóc. Nếu họ không có trong mạng lưới của chúng tôi, 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 yêu cầu chúng tôi cho phép quý vị tiếp tục sử dụng nhà cung cấp hiện tại của quý vị.
- Chúng tôi xác minh được rằng quý vị đã có sẵn mối quan hệ với một bác sĩ chính hoặc chuyên gia, 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 dịch vụ 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 chương trình của chúng tôi.
    - Chúng tôi xác định mối quan hệ sẵn có này bằng cách kiểm tra thông tin sức khỏe sẵn có của quý vị hoặc thông tin quý vị cung cấp cho chúng tôi.
    - Chúng tôi có 30 ngày để trả lời yêu cầu của quý vị. Quý vị 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: Quý vị chỉ có thể thực hiện yêu cầu dịch vụ này cho Thiết bị Y tế Lâu bền (DME), dịch vụ vận chuyển, hoặc dịch vụ phụ trợ khác không được bao gồm trong chương trình của chúng tôi. Quý vị **không được** yêu cầu cung cấp nhà cung cấp DME, dịch vụ vận chuyển hoặc nhà cung cấp phụ trợ khác.

Sau khi thời hạn tiếp tục chăm sóc đã kết thúc, quý vị sẽ phải thăm khám tại bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới của Blue Shield TotalDual Plan có liên kết với tập đoàn y tế của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị, trừ khi chúng tôi đồng ý cho quý vị thăm khám tại bác sĩ ngoài mạng lưới. Nhà cung cấp trong mạng lưới là một nhà cung cấp hoạt động cùng 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. Tham khảo **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc.

G. Đội ngũ Chăm sóc và Kế hoạch Chăm sóc

G1. Đội ngũ chăm sóc

Đội ngũ chăm sóc có thể giúp quý vị tiếp tục nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. 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 được đào tạo để giúp quý vị sử dụng dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Quý vị sẽ được một điều phối viên chăm sóc sức khỏe khi ghi danh vào chương trình của chúng tôi. Người này cũng giới thiệu quý vị đến các nguồn hỗ trợ khác của cộng đồng mà chương trình của chúng tôi có thể không cung cấp và sẽ làm việc với đội ngũ chăm sóc của quý vị để giúp điều phối việc chăm sóc của quý vị. Xin gọi cho chúng tôi theo các số tại phần cuối của trang để biết thêm thông tin về điều phối viên chăm sóc và đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

G2. Kế hoạch chăm sóc

Đội ngũ chăm sóc của quý vị bàn bạc với quý vị để xây dựng 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 chúng. Kế hoạch này bao gồm các nhu cầu về y tế, sức khỏe tâm thần, và LTSS của quý vị.

Kế hoạch chăm sóc của quý vị gồm có:

- Các mục tiêu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Thời hạn để nhận các dịch vụ quý vị cần.

Đội ngũ chăm sóc của quý vị gặp quý vị sau khi đánh giá nguy cơ cho sức khỏe của quý vị. Họ nói với quý vị về những dịch vụ mà quý vị cần. Họ cũng nói chuyện với quý vị về những dịch vụ mà quý vị có thể cũng muốn dùng. Kế hoạch chăm sóc của quý vị dựa trên những nhu cầu của quý vị. Đội ngũ chăm sóc của quý vị 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

H1. Phí bảo hiểm chương trình

Là hội viên chương trình của quý vị, quý vị trả phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình. Năm 2023, phí bảo hiểm Phần D hàng tháng cho Blue Shield TotalDual Plan là $38.90. Tuy nhiên, quý vị trả **$0** mỗi tháng miễn là quý vị có Trợ cấp Thu nhập Thấp Phần D, còn được gọi là Trợ cấp Đặc biệt, và bảo hiểm Medi-Cal đầy đủ.

I. *Sổ tay Hội viên* của Quý vị

Sổ tay Hội viên của quý vị 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 rằng chúng tôi đã làm điều gì đó trái với các quy định này, quý vị có thể kháng cáo, quyết định của chúng tôi. Để tìm hiểu về việc kháng cáo, xem tại **Chương 9** trong *Sổ tay Hội viên* của quý vị hoặc gọi số 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 các số ở cuối trang. Quý vị cũng có thể tham khảo *Sổ tay Hội viên* trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ web ở cuối trang hoặc tải về.

Hợp đồng có hiệu lực cho các tháng quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi từ ngày 1 tháng 1 năm 2023 cho đến 31 tháng 12 năm 2023.

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

Thông tin quan trọng khác chúng tôi cung cấp cho quý vị bao gồm Thẻ ID Hội viên, thông tin về cách truy cập *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*, và thông tin về cách truy cập *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm*.

J1. Thẻ ID Chương trình của quý vị

Trong chương trình của chúng tôi, quý vị được cấp thẻ để được nhận các dịch vụ Medicare và Medicaid của quý vị do chương trình của chúng tôi bảo hiểm, kể cả các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi nào đó, và thuốc theo toa. Quý vị trình thẻ này khi nhận bất cứ dịch vụ hoặc thuốc kê toa Phần D nào. Sau đây là thẻ hội viên mẫu:

Nếu Thẻ ID Hội viên của quý vị bị hư hỏng, bị mất, hoặc bị lấy cắp, xin gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng ngay theo số ở cuối trang. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới.

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 của quý vị. Xin giữ thẻ này ở một nơi an toàn, để phòng khi sau này quý vị cần đến chúng. Nếu quý vị xuất trình thẻ Medicare của mình thay vì Thẻ ID Hội viên của quý vị, nhà cung cấp có thể lập hóa đơn cho Medicare thay vì chương trình của quý vị, và quý vị có thể nhận hóa đơn. Tham khảo **Chương 7** *Sổ tay Hội viên* để tìm hiểu phải làm sao khi nhận được hóa đơn của một nhà cung cấp.

Xin nhớ rằng, quý vị cần thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ Nhận dạng Quyền lợi (Benefits Identification Card, BIC) của quý vị để tiếp cận với các dịch vụ sau đây:

- Thuốc theo toa chỉ được bảo hiểm qua Medi-Cal Rx
- Các dịch vụ nha khoa chỉ được bảo hiểm qua Chương trình Nha khoa Medi-Cal
- Dịch vụ Hỗ trợ Tại nhà (IHSS)
- Chương trình *Dịch vụ Người Cao niên Đa Mục đích (MSSP)*

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

Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc sẽ liệt kê các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới chương trình của chúng tôi. 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.

Quý vị có thể yêu cầu một bản cứng *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* bằng cách gọi bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số ở cuối trang. Quý vị cũng có thể tham khảo *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* tại địa chỉ web ở cuối trang.

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 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 TotalDual Plan hoặc Blue Shield Promise Medi-Cal 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 cung cấp dịch vụ đặt mua thuốc 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 của chúng tôi bao gồm:
    - Các bác sĩ, y tá, và nhân viên y tế khác mà quý vị có thể sử dụng 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 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 đồng ý cung cấp thuốc theo 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.

Hãy gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số ở dưới cùng của trang để biết thêm thông tin. Cả Bộ phận Chăm sóc Khách hàng và website của chúng tôi đều có thể cung cấp cho quý vị các thông tin cập nhật mới nhất về những thay đổi của các hiệu 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 chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho các thuốc theo toa nào.

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. Tham khảo **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* để tìm hiểu thêm.

Mỗi năm, chúng tôi 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 nhận thông tin mới nhất về những loại thuốc nào được bảo hiểm, hãy gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc truy cập trang web của chúng tôi (tham khảo thông tin ở cuối trang).

J4. *Giải thích Quyền lợi*

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

Tờ EOB này cho quý vị biết tổng số tiền mà quý vị, hoặc người khác thay mặt cho quý vị, chi cho các thuốc theo toa Phần D của quý vị và tổng số tiền mà chúng tôi 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, 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. **Chương 6** của *Sổ tay Hội viên* cho biết thêm thông tin về EOB này và nó giúp quý vị theo dõi bảo hiểm thuốc của quý vị như thế nào.

Quý vị cũng có thể yêu cầu EOB. Để nhận bản sao, quý vị có thể liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số tại phần cuối của trang.

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

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

Chúng tôi cần thông tin này để bảo đảm chúng tôi có được thông tin chính xác của quý vị trong hồ sơ của chúng tôi. Nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi cũng cần 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 phải trả bao nhiêu tiền cho chúng**.

Hãy cho chúng tôi biết ngay về những điều sau đây:

- Thay đổi tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị
- Các thay đổi đối với 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 bảo hiểm do chủ sở làm của bạn đời sống chung của 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 từ 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 tham gia vào một cuộc nghiên cứu lâm sàng. (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải cho chúng tôi biết về một nghiên cứu kiểm tra lâm sàng mà quý vị đang tham gia hoặc trở thành một phần của, nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị làm như vậy.)

Khi có bất kỳ thay đổi gì về thông tin, xin gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

K1. Quyền riêng tư về thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI)

Thông tin trong hồ sơ hội viên có bao gồm thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI). Luật liên bang và tiểu bang yêu cầu chúng tôi giữ bí mật PHI của quý vị. Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị. Để biết thêm chi tiết về việc chúng tôi bảo mật cho PHI của quý vị như thế nào, tham khảo **Chương 8** của *Sổ tay Hội viên*.

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 chương trình của quý vị 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 hỗ trợ thay mặt quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối *Sổ tay Hội viên của quý vị*.

Mục lục

A. Bộ phận Chăm sóc Khách hàng 18

B. Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe của quý vị....20

C. Đường dây Tham khảo với Y tá 23

D. Đường dây Hỗ trợ Giải Quyết Cơn Khủng hoảng Sức khỏe Hành vi....23

E. Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP)....24

F. Tổ chức Cải thiện Chất lượng (QIO) 25

G. Medicare 26

H. Medi-Cal....27

I. Văn phòng Thanh tra....27

J. Dịch vụ Xã hội của Quận....28

K. Chương trình Sức khỏe Tâm thần Chuyên khoa của Quận....29

L. California Department of Managed Health Care 31

M. Các nguồn hỗ trợ khác....31

A. Bộ phận Chăm sóc Khách hàng

GỌI	1-800-452-4413 Cuộc gọi được miễn phí. 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, 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 gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số này. 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần.
VIẾT THƯ	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
TRANG MẠNG	blueshieldca.com/medicare

Liên hệ bộ phận Chăm sóc Khách hàng để xin trợ giúp với:

- Hỏi về chương trình
- Hỏi về việc yêu cầu bồi hoàn hoặc ghi hóa đơn
- 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 thanh toán cho các dịch vụ 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, tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên*.

- 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 hoặc không đồng ý với quyết định.
    - Để tìm hiểu thêm về việc kháng cáo, tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên*.
- 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 dịch vụ trong mạng lưới là nhà cung cấp dịch vụ có cộng tác với chương trình của chúng tôi. 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 (tham khảo **Mục F** *bên dưới)*.
    - Quý vị có thể gọi cho chúng tôi và giải thích về khiếu nại của quý vị theo số 1-800-452-4413.
    - 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 (tham khảo mục trên).
    - Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về chương trình của chúng tôi cho Medicare. Quý vị có thể sử dụng mẫu đơn trên mạng tại www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Hoặc quý vị có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu giúp đỡ.
    - Quý vị có thể khiếu nại về chương trình của chúng tôi với Chương trình Thanh tra bằng cách gọi số 1-888-804-3536.
    - Để tìm hiểu thêm về việc khiếu nại dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên*.
- Quyết định bảo hiểm cho thuốc được Medicare bảo hiểm của quý vị
    - Quyết định bảo hiểm về thuốc Medicare của quý vị là quyết định về:
        - các quyền lợi và thuốc được Medicare bảo hiểm của quý vị **hoặc**
        - chúng tôi sẽ trả cho thuốc Medicare của quý vị.
    - Các thuốc không được Medicare bảo hiểm, như thuốc không cần toa (OTC) và một số vitamin nhất định, có thể sẽ được Medi-Cal Rx bảo hiểm. Vui lòng truy cập trang

web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi Trung tâm Dịch vụ Khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273.

- Để tìm hiểu thêm về quyết định bảo hiểm cho thuốc theo toa Medicare của quý vị, tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên*.

- Kháng cáo về thuốc Medicare của quý vị
  - Kháng cáo là biện pháp yêu cầu chúng tôi thay đổi một quyết định bảo hiểm.
  - Để tìm hiểu thêm về việc kháng cáo thuốc theo toa Medicare của quý vị, tham khảo **Chương 9** *của Sổ tay Hội viên*.
- Khiếu nại về thuốc Medicare 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 Medicare của quý vị.
  - Nếu khiếu nại của quý vị là về một quyết định bảo hiểm của chúng tôi cho thuốc theo toa Medicare của quý vị, quý vị có thể kháng cáo. (Tham khảo mục trên.)
  - Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về chương trình của chúng tôi cho Medicare. Quý vị có thể sử dụng mẫu đơn trên mạng tại www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Hoặc quý vị có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu giúp đỡ.
  - Để tìm hiểu thêm về việc khiếu nại thuốc theo toa Medicare của quý vị, tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên*.
- Thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc Medicare mà quý vị đã thanh toán 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, tham khảo **Chương 7** *Sổ tay Hội viên*.
  - Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán 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. Tham khảo **Chương 9** *của Sổ tay Hội viên.*

B. Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe của quý vị

Điều phối viên Chăm sóc Sức khỏe là người đã được đào tạo đặc biệt để giúp đỡ quý vị bằng quy trình 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 đầu mối liên hệ chính của quý

vị. Khi ghi danh, điều phối viên Chăm sóc sẽ gọi cho quý vị để hoàn tất kế hoạch Đánh giá Nguy cơ Cho Sức khỏe và Kế hoạch Chăm sóc Riêng. Đây là những công cụ mà Điều phối viên Chăm sóc của quý vị sẽ sử dụng để giúp xác định và cá nhân hóa các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị phù hợp với quý vị. Quý vị có thể liên lạc với Điều phối viên Chăm sóc của quý vị bằng cách gọi số điện thoại dưới đây. .

GỌI	1-888-548-5765 Cuộc gọi được miễn phí. 8:00 sáng tới 6:00 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu Chúng tôi có thông dịch viên miễn phí cho những người không nói được Tiếng Anh.
TTY	711 Cuộc gọi được miễn phí. Số điện thoại này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số này. 8:00 sáng tới 6:00 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu
VIẾT THƯ	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856

Hãy liên hệ với điều phối viên chăm sóc của quý vị để xin trợ giúp với:

- 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) và Cơ sở Điều dưỡng (NF).

Dịch vụ và Hỗ trợ Lâu dài (LTSS) đề cập đến một loạt các dịch vụ hỗ trợ những người trưởng thành cần hỗ trợ để sống độc lập trong cộng đồng hoặc trong một cơ sở chăm sóc dài hạn. 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 Điều phối viên Chăm sóc hoặc 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), và 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),
- 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.

Tùy thuộc vào quận quý vị sống và điều kiện tham gia, quý vị cũng có thể nhận các Hỗ trợ Cộng đồng bổ sung thông qua Blue Shield Promise Medi-Cal Plan của quý vị. Nhà cung cấp của quý vị có thể giới thiệu quý vị nếu họ nghĩ rằng quý vị đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Cộng đồng hoặc quý vị có thể liên lạc với bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc Điều phối viên Chăm sóc của quý vị để tìm hiểu thêm. Có thể quý vị sẽ xin được các dịch vụ như sau:

- Thích nghi với môi trường tiếp cận (sửa đổi tại nhà),
- Các dịch vụ điều phối chuyển tiếp nhà ở,
- Đặt cọc nhà ở,
- Các dịch vụ thuê nhà và duy trì nhà ở,
- Bữa ăn hỗ trợ hoặc bữa ăn được điều chỉnh về mặt y tế,
- Chăm sóc cá nhân và dịch vụ nội trợ,
- Chăm sóc phục hồi chức năng (nghỉ ngơi y tế),
- Chăm sóc nghỉ ngơi cho người chăm sóc,
- Nhà ở sau nhập viện ngắn hạn, hoặc
- Các trung tâm cai nghiện.

C. Đường dây Tham khảo với Y tá

Đường dây Y tá Tư vấn của Blue Shield of California cung cấp y tá đã đăng ký túc trực để trả lời thắc mắc 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. 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. Quý vị có thể gọi cho Đường dây Tham khảo với Y tá nếu có thắc mắc về việc chăm sóc sức khỏe hoặc sức khỏe của quý vị.

GỌI	(877) 304-0504 Cuộc gọi này là 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 gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số này. 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần.

D. Đường dây Hỗ trợ Giải Quyết Cơn Khủng hoảng Sức khỏe Hành vi

GỌI	Đường dây Hỗ trợ Giải quyết Cơn Khủng hoảng và Tiếp cận Los Angeles 1-800-854-7771 *Cuộc gọi được 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. Đường dây Hỗ trợ Giải quyết Cơn Khủng hoảng và Tiếp cận San Diego 1-888-724-7240 *Cuộc gọi được 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 gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số này. 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần

Hãy gọi cho Đường dây Hỗ trợ Giải Quyết Cơn Khủng hoảng Sức khỏe Hành vi Tâm thần để xin trợ giúp:

- Hỏi về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi tâm thần và lạm dụng dược chất
- Khi quý vị có thắc mắc về các dịch vụ rối loạn lạm dụng dược chất và sức khỏe tâm thần, liên lạc Dịch vụ Sức khỏe Hành vi của Blue Shield of California Promise Health Plan theo số (855) 765-9701.

Quý vị có thắc mắc về các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa tại quận của quý vị, tham khảo **Phần K**.

E. Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (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.

GỌI	(800) 434-0222 9 giờ sáng đến 4 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TTY	711 Số điện thoại này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số này.
VIẾT THƯ	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200, Sacramento, CA 95834-1992
TRANG MẠNG	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

Hãy liên hệ với HICAP để xin trợ giúp:

- Hỏi về chương trình hoặc Medicare của chúng tôi
- 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. Tổ chức Cải thiện Chất lượng (QIO)

Tiểu bang có một tổ chức có tên gọi 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.

GỌI	1-877-588-1123 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu; 11 giờ sáng đến 3 giờ chiều, Thứ Bảy và Chủ Nhật; và 7 giờ sáng đến 3:30 giờ chiều vào ngày lễ.
TTY	1-855-887-6668 Số điện thoại này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số này.
TRANG MẠNG	https://livantaqio.com/en/states/california

Liên lạc Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO) để được trợ giúp với:

- Hỏi về quyền 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. 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.

GỌI	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 gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số này.
TRANG MẠNG	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, cơ sở phục hồi nội trú, và chăm sóc giai đoạn cuối đời. Nó cũng bao gồm các trang web và số điện thoại hữu ích. Nó cũng có những tài liệu mà quý vị có thể in ra ngay bằng máy vi tính của quý vị. 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 thấy các thông tin trên trang web và xem xét thông tin với quý vị.

H. Medi-Cal

Medi-Cal là chương trình Medicaid của California. Đây là chương trình bảo hiểm y tế công cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết cho các cá nhân có thu nhập thấp, bao gồm các gia đình có con, người cao niên, người bị khuyết tật, chăm sóc nuôi dưỡng, phụ nữ có thai và các cá nhân mắc các bệnh cụ thể như bệnh lao, ung thư vú, hoặc HIV/AIDS. Medi-Cal do chính quyền tiểu bang và liên bang tài trợ.

GỌI	(800) 541-5555 Hoạt động từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TTY	(800) 735-2922 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho người có khó khăn với việc nghe hoặc nói.
VIẾT THƯ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
TRANG MẠNG	www.dhcs.ca.gov

I. Văn phòng Thanh tra

Văn phòng Thanh tra 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. Văn phòng Thanh tra cũng có thể giúp quý vị giải quyết các vấn đề về dịch vụ hoặc hóa đơn. Văn phòng Thanh tra sẽ không tự động giải quyết khiếu nại của quý vị. Họ xem xét tất cả các bên một cách công bằng và khách quan. Đó là công việc của họ giúp phát triển các giải pháp công bằng cho các vấn đề tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Các dịch vụ của họ đều miễn phí.

GỌI	1-888-452-8609 Cuộc gọi là miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều

TTY	711 Cuộc gọi là miễn phí.
VIẾT THƯ	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman PO Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
EMAIL	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
TRANG MẠNG	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

J. Dịch vụ Xã hội của Quận

Nếu quý vị cần trợ giúp về các quyền lợi hưởng dịch vụ xã hội của Quận Los Angeles hoặc Quận San Diego, liên lạc Phòng Dịch vụ Xã hội của Quận tại địa phương quý vị.

GỌI	1-866-613-3777 Cuộc gọi là miễn phí. Phòng Dịch vụ Xã hội Công của Quận Los (Los Angeles County Department of Public Social Services) có Trung tâm Dịch vụ Khách hàng (Angeles Customer Service Center - CSC) phục vụ cho 33 Văn phòng Khu (District). Giờ làm việc là Thứ Hai đến Thứ Sáu, trừ ngày lễ, từ 7:30 sáng đến 5:30 chiều.
TTY	1-877-735-2929 Số điện thoại này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số này.
VIẾT THƯ	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
TRANG MẠNG	https://dpss.lacounty.gov

GỌI	1-866-262-9881 Cuộc gọi là miễn phí. Nhân viên đại diện Dịch vụ Sức khỏe và Nhân sinh Quận San Diego 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 một ngày, 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 gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số này.
VIẾT THƯ	County of San Diego Health and Human Services Agency PO Box 85027 San Diego, CA 92186
TRANG MẠNG	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html

K. Chương trình Sức khỏe Tâm thần Chuyên khoa của Quận

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.

GỌI	Quận Los Angeles 1-800-854-7771 Cuộc gọi được 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. Quận San Diego 1-888-724-7240 Cuộc gọi được 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 gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số này. 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần.

Liên lạc chương trình sức khỏe tâm thần chuyên khoa của quận để xin trợ giúp với:

- 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
    - Điều trị khủng hoảng tại nơi ở

L. California Department of Managed Health Care

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. Trung tâm Trợ giúp của DMHC có thể giúp quý vị kháng cáo hoặc khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal.

GỌI	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.
TDD	1-877-688-9891 Số điện thoại này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi 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

Chương trình Thanh tra Health Consumer Alliance (HCA) cung cấp hỗ trợ MIỄN PHÍ để giúp những người đang đấu tranh để có được hoặc duy trì bảo hiểm sức khỏe và giải quyết vấn đề với các chương trình sức khỏe của họ.

Nếu quý vị gặp vấn đề về:

- Medi-Cal
- Medicare
- Chương trình sức khỏe của quý vị
- Tiếp cận các dịch vụ y tế

- Kháng cáo các dịch vụ, thuốc, thiết bị y tế lâu bền (DME), dịch vụ sức khỏe tâm thần, v.v.
- Hóa đơn y tế
- IHSS (Dịch vụ Hỗ trợ Tại nhà)

Health Consumer Alliance hỗ trợ khiếu nại, kháng cáo và điều trần. Số điện thoại của Health Consumer Alliance là 1-888-804-3536.

Làm sao để liên lạc với Cơ quan về Người Cao niên ở Quận Los Angeles và Quận Los Angeles và Khu vực San Diego

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.

GỌI	**Los Angeles** 1-888-202-4248 Thứ Hai - Thứ Sáu, 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều **San Diego** 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 gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số này.

VIẾT THƯ	**Quận Los Angeles** Los Angeles County Department of Workforce Development, Aging and Community Services 3175 W. 6th St. Los Angeles, CA 90020 **Quận San Diego** County of San Diego Health and Human Services Agency 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
TRANG MẠNG	**Quận Los Angeles** https://css.lacounty.gov/ **Quận San Diego** https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/ais/

Cách liên lạc Trung tâm Khu vực Quận Los Angeles và Quận San Diego

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. California có 21 trung tâm khu vực với hơn 40 văn phòng trên toàn tiểu bang phục vụ cho những cá nhân bị khuyết tật phát triển và gia đình họ. Để truy cập Danh bạ Trung tâm Khu vực, vào trang web bên dưới.

GỌI	**Quận Los Angeles** 1-916-654-1690 Thứ Hai - Thứ Sáu, 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều **Quận San Diego** 1-858-576-2996 Thứ Hai - Thứ Sáu, 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều

TTY	**Quận Los Angeles** 1-916-654-2054 Số điện thoại này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số này.
VIẾT THƯ	**Quận Los Angeles** P.O. Box 944202 Sacramento, CA 94244-2020 **Quận San Diego** San Diego Regional Center 4355 Ruffin Rd, Suite 200 San Diego, CA 92123
TRANG MẠNG	www.dds.ca.gov

Cách liên lạc với Dịch vụ Pháp lý Khu vực của Quận Los Angeles

Dịch vụ Pháp lý Khu vực Quận Los Angeles (NLSLA), cung cấp dịch vụ pháp lý miễn phí cho những người cần. NLSLA có thể hỗ trợ những người có các vấn đề pháp lý khác nhau bao gồm nhà ở, luật gia đình, an ninh kinh tế, tiếp cận công lý, bảo hiểm y tế và hơn thế nữa.

GỌI	1-800-433-6251 Thứ Hai, Thứ Tư và Thứ Sáu, 9:00 sáng – 1:00 chiều
TTY	1-855-847-7914 Số điện thoại này dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số này.
VIẾT THƯ	Dịch vụ Pháp lý Khu Vực của Quận Los Angeles 13327 Van Nuys Boulevard Pacoima, CA 91131 1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731

TRANG MẠNG	**www.nlsla.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, 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.

GỌI	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 gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi 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 chúng tôi cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị và các dịch vụ được đài thọ khác

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 chương trình của chúng tôi. Nó cũng cho quý vị biết về điều phối viên chăm sóc sức khỏe 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 *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

Mục lục

A. Thông tin về các dịch vụ và nhà cung cấp 38

B. Các quy định về việc nhận dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bảo hiểm 38

C. Điều phối viên chăm sóc của quý vị 40

C1. Điều phối viên chăm sóc sức khỏe là 40

C2. Quý vị có thể liên lạc với điều phối viên chăm sóc sức khỏe của quý vị bằng cách nào 40

C3. Quý vị có thể thay đổi điều phối viên chăm sóc của quý vị bằng cách nào 41

D. Chăm sóc từ nhà cung cấp 41

D1. Chăm sóc từ bác sĩ chăm sóc chính 41

D2. Chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp khác trong mạng lưới 44

D3. Khi nhà cung cấp trong mạng lưới rời khỏi chương trình? 45

D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới 46

E. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng dược chất) 46

E1. Các dịch vụ sức khỏe hành vi Medi-Cal được cung cấp ngoài chương trình của chúng tôi 47

F. Các dịch vụ vận chuyển 49

F1. Vận chuyển y tế cho các tình huống không cấp cứu 49

F2. Vận chuyển không phải là y tế....51

G. Các dịch vụ được bảo hiểm trong trường hợp cấp cứu y tế, khi khẩn cấp cần thiết, hoặc khi có thảm họa 52

G1. Chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế....52

G2. Chăm sóc khẩn cấp cần thiết....54

G3. Chăm sóc khi gặp tai họa 55

H. Cần phải làm gì nếu quý vị bị ghi hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ mà chương trình chúng tôi bảo hiểm 55

H1. Phải làm gì khi chương trình của chúng tôi không bảo hiểm cho các dịch vụ....56

I. Các dịch vụ bảo hiểm trong nghiên cứu lâm sàng 56

I1. Định nghĩa nghiên cứu lâm sàng 56

I2. J. Thanh toán các dịch vụ khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng....57

I3. Thêm về các nghiên cứu lâm sàng....58

J. Làm thế nào để các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ được bảo hiểm trong tổ chức chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo....58

J1. Định nghĩa tổ chức chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo 58

J2. Chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo....58

K. Thiết bị Y tế Lâu bền (DME) 59

K1. DME với tư cách hội viên của chương trình chúng tôi....59

K2. Quyền sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare 60

K3. Quyền lợi đối với thiết bị oxy với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi 60

K4. Thiết bị ôxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare 60

A. Thông tin về các dịch vụ và nhà cung cấp

Dịch vụ là dịch vụ chăm sóc sức khỏe (như thăm khám bác sĩ và điều trị y tế), các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS), vật dụng, dịch vụ sức khỏe hành vi (bao gồm sức khỏe tâm thần và sức khỏe), thuốc theo toa và thuốc 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 có nằm trong **Chương 4** *của Sổ tay Hội viên của quý vị. Thuốc theo toa và thuốc mua không cần toa được bảo hiểm* có ***Chương 5*** *của Sổ tay Hội viên.*

Nhà cung cấp dịch vụ nghĩa là các bác sĩ, y tá, và những người khác cung cấp cho quý vị các dịch vụ và dịch vụ chăm sóc. Nhà cung cấp 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 tâm thần, 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 dịch vụ có cộng tác với chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp này đồng ý nhận tiền thanh toán của chúng tôi theo hình thức 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 quý vị sử dụng một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới, quý vị luôn *không* phải trả bất cứ khoản tiền nào cho các dịch vụ được bao trả.

B. Các quy định về việc nhận dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bảo hiểm

Chương trình chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ và bảo hiểm Medicare hoặc điều phối tất cả các dịch vụ Medi-Cal. Các dịch vụ đó bao gồm cả dịch vụ sức khỏe hành vi tâm thần, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS).

Chương trình của chúng tôi sẽ điều phối các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi tâm thần, và LTSS mà quý vị sử dụng khi quý vị tuân thủ các quy định của chúng tôi. 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.** Điều này có nghĩa là chúng tôi đưa vào Bảng Quyền lợi của chúng tôi trong **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên*.
- Dịch vụ chăm sóc đó phải **cần thiết về mặt y khoa.** Chăm sóc cần thiết về mặt y tế, theo ý của chúng tôi là các dịch vụ quan trọng hợp lý và bảo vệ cuộc sống. Chăm sóc cần thiết về mặt y tế để giữ cho các cá nhân bị bệnh nặng hoặc trở nên khuyết tật và giảm đau dữ dội bằng cách điều trị bệnh, bệnh tật hoặc thương tích.

- Về dịch vụ y tế, quý vị phải được một **nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP)** yêu cầu sử dụng dịch vụ đó cho quý vị hoặc bảo quý vị sử dụng tại một bác sĩ khác**.** Là hội viên của chương trình, quý vị phải chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới làm PCP cho quý vị.
    - Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải được chương trình chúng tôi chấp thuận trước trước khi quý vị có thể sử dụng một nhà cung cấp không phải là PCP của quý vị hoặc mới được sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. Đây được gọi là **giới thiệu**. Nếu quý vị không được chấp thuận, chúng tôi có thể không bảo hiểm cho các dịch vụ này. Quý vị không cần giấy giới thiệu để sử dụng một số bác sĩ chuyên khoa, như bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ.
    - Các PCP của chương trình chúng tôi có liên kết với những nhóm y tế. Khi quý vị chọn PCP của quý vị, quý vị cũng chọn nhóm y tế được liên kết. Điều này có nghĩa là PCP của quý vị 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 sử dụng 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 biết thêm thông tin về vấn đề này, tham khảo Mục D1 trong chương này).
- **Quý vị phải sử dụng dịch vụ chăm sóc của các nhà cung cấp trong mạng lưới có liên kết với nhóm hợp y tế của PCP của quý vị**. Thông thường, chúng tôi sẽ không bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của một nhà cung cấp không cộng tác với chương trình sức khỏe của chúng tôi và nhóm y tế của PCP của quý vị. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải thanh toán đầy đủ cho nhà cung cấp cho các dịch vụ được cung cấp bởi các nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới. Dưới đây là một số trường hợp không áp dụng quy định này:
    - Chúng tôi 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 biết thêm thông tin về vấn đề này, tham khảo Mục H trong chương.
    - 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. Cần có ủy quyền và xin từ chương trình trước khi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc. Trong tình huống này, chúng tôi sẽ bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đó giống như quý vị đã nhận nó từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.

- Chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ chạy thận nhân tạo khi quý vị di chuyển ra ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi trong một thời gian ngắn hoặc khi tạm thời không có hoặc không thể tiếp cận được nhà cung cấp của quý vị. 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 của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu cho tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp hiện tại của quý vị. Trừ một số trường hợp ngoại lệ, chúng tôi 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 dịch vụ chăm sóc đó. Tham khảo **Chương 1** của *Sổ tay Hội viên*. Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu của quý vị, quý vị có thể tiếp tục sử dụng nhà cung cấp dịch vụ mà quý vị hiện đang sử dụng trong tối đa 12 tháng cho các dịch vụ. Trong thời gian đó, điều phối viên chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ giúp quý vị tìm nhà cung cấp dịch vụ trong mạng của chúng tôi có liên kết với tổ hợp y tế của PCP của quý vị. Sau 12 tháng, chúng tôi không bảo hiểm cho việc chăm sóc của quý vị nữa nếu quý vị tiếp tục sử dụng 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.

Hội viên mới đến Blue Shield TotalDual Plan: Trong hầu hết mọi trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào Blue Shield TotalDual Plan để hưởng các quyền lợi Medicare của quý vị vào ngày thứ 1 của tháng sau khi quý vị yêu cầu ghi danh vào *Blue Shield TotalDual Plan*. Quý vị vẫn có thể nhận các dịch vụ Medi-Cal của quý vị từ chương trình sức khỏe Medi-Cal trước đó thêm một tháng. Sau đó, quý vị sẽ nhận các dịch vụ Medi-Cal qua Blue Shield Promise Health Plan. Sẽ không có giai đoạn không được bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711) nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc gì.

C. 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 quy trình 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, người đó sẽ phục vụ như một đầu mối liên lạc chính của quý vị. Sau khi ghi danh, điều phối viên chăm sóc sẽ gọi cho quý vị để tự giới thiệu về họ và giúp quý vị hoàn thành Việc Đánh giá Nguy cơ Cho Sức khỏe của quý vị để xác định các nhu cầu chăm sóc sức khỏe 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 lạc với điều phối viên chăm sóc sức khỏe của mình bằng cách gọi 1-888-548-5765, 8:00 sáng đến 6:00 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Sau khi quý vị bắt đầu làm

việc với 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 của quý vị bằng cách nào

Để yêu cầu thay đổi điều phối viên chăm sóc của quý vị, quý vị có thể gọi 1-888-548-5765, 8:00 sáng đến 6:00 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu.

D. Chăm sóc từ nhà cung cấp

D1. Chăm sóc từ bác sĩ chăm sóc chính

Quý vị phải chọn một bác sĩ 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 nhóm y tế. Khi quý vị chọn PCP của quý vị, quý vị cũng chọn nhóm y tế được liên kết.

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 TotalDual 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:

- X-quang
- Xét nghiệm trong phòng thí 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 của quý vị, quý vị cũng chọn nhóm y tế được liên kết. 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 bác sĩ 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 tập đoàn y tế hoặc Hiệp hội Hành nghề Độc lập (IPA) 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.blueshieldca.com/medicare rồi tìm PCP mà quý vị muốn dùng; hoặc
- Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield TotalDual 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 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 một bác sĩ chuyên khoa hay bệnh viện nào đó của Blue Shield TotalDual Plan mà quý vị muốn dùng, điều quan trọng là phải tìm hiểu xem họ có liên kết với tổ hợp 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 blueshieldca.com/MAPDdocuments2023 hoặc nhờ Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield TotalDual 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.

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. 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 báo cho Ban Dịch vụ Hội viên biết quý vị có sử dụng bác sĩ chuyên khoa nào đó hay không hoặc nhận những dịch vụ được bảo hiểm khác mà phải có sự chấp thuận của PCP. Ban Dịch vụ Hội viên giúp 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 từ PCP của mình

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị cần có sự chấp thuận trước của PCP, thì mới được sử dụng các nhà cung cấp khác. Việc chấp thuận này được gọi là **giới thiệu**. Quý vị có thể được 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 dịch vụ trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp dịch vụ 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 các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị không thể đến được nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới (ví dụ, nếu quý vị đang ở ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình chúng tôi hoặc vào cuối tuần).

  Lưu ý: Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết phải ngay lập tức và cần thiết về mặt y tế.

- Các dịch vụ thẩm tách thận mà quý vị nhận được tại một cơ sở thẩm tách thận được Medicare công nhận khi quý vị ở ngoài vùng dịch vụ của chương trình của chúng tôi. 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 chạy thận nhân tạo khi quý vị đi xa.

- Chích ngừa cúm, tiêm phòng COVID-19 cũng như chích ngừa viêm gan B, và chích ngừa viêm phổi với điều kiện là phải do nhà cung cấp 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 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 sử dụng 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, như:

- 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, xin tham khảo Bảng Quyền lợi tại Chương 4, Mục D..

D3. Khi nhà cung cấp trong mạng lưới rời khỏi chương trình?

Nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị 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 một số quyền và biện pháp bảo vệ nhất định được tóm tắt như sau:

- Ngay cả nếu mạng lưới các nhà cung cấp thay đổi quanh năm, chúng tôi vẫn phải cho quý vị liên tục sử dụng các nhà cung cấp đủ điều kiện.
- Chúng tôi 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 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 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 chúng tôi không thể tìm thấy một bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới đủ điều kiện có thể tiếp cận được với quý vị, chúng tôi phải sắp xếp một chuyên gia ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã không thay được nhà cung cấp cũ bằng một nhà cung cấp mới có đủ điều kiện hoặc chúng tôi đang không quản lý tốt việc chăm sóc cho quý vị, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại về chất lượng chăm sóc đến QIO, phàn nàn về chất lượng chăm sóc, hoặc cả hai. (Tham khảo ***Chương 9*** *để biết thêm thông tin.)*

Nếu quý vị biết một trong các nhà cung cấp của quý vị sẽ rời khỏi chương trình của chúng tôi, liên lạc với chúng tôi. Chúng tôi có thể giúp quý vị tìm nhà cung cấp mới và quản lý việc chăm sóc cho quý vị. Vui lòng gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày một tuần. Khi quý vị gọi, đảm bảo thông báo cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng nếu quý vị sẽ đến gặp chuyên gia hoặc

nhận các dịch vụ được bảo hiểm khác mà cần sự phê duyệt của PCP của quý vị (chẳng hạn dịch vụ sức khỏe tại nhà và thiết bị y tế lâu bền). Bộ phận Chăm sóc Khách hàng sẽ giúp đảm bảo rằng quý vị có thể tiếp tục dịch vụ chăm sóc đặc biệt và những dịch vụ khác mà quý vị đang nhận khi quý vị thay đổi PCP của mình. Họ cũng sẽ kiểm tra để đảm bảo rằng PCP mà quý vị muốn chuyển sang sẽ chấp nhận bệnh nhân mới. Bộ phận Chăm sóc Khách hàng sẽ thay đổi hồ sơ hội viên của quý vị để hiển thị tên của PCP mới của quý vị và nói cho quý vị khi nào thay đổi PCP mới của quý vị có hiệu lực.

D4. Nhà cung cấp 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 tập đoàn y tế liên kết với PCP của quý vị thì mới được sử dụng dịch vụ chăm sóc của Nhà cung cấp ngoài mạng lưới trừ khi quý vị đang nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc khẩn thiết. 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 sử dụng 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 Medicaid.

- Chúng tôi không thể thanh toán cho một nhà cung cấp dịch vụ không đủ tiêu chuẩn tham gia Medicare và/hoặc Medi-Cal.
- Nếu quý vị sử dụng 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. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng dược chất)

Quý vị được quyền sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế được Medicare và Medi-Cal bảo hiểm. Chúng tôi cung cấp cho quý vị quyền sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi do bảo hiểm. Chương trình chúng tôi không cung cấp các dịch vụ sức khỏe hành vi được Medi-Cal bảo hiểm, nhưng các dịch vụ này được cung cấp cho quý vị qua Phòng Sức khỏe Tâm thần của Quận Los Angeles (Department of Mental Health - LACDMH) và Phòng Y tế Công của Quận Los Angeles (LacDPH), và Dịch vụ Sức khỏe Hành vi (Behavioral Health Services) của Quận San Diego.

E1. Các dịch vụ sức khỏe hành vi Medi-Cal được cung cấp ngoài chương trình của chúng tôi

Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa Medi-Cal được cung cấp cho quý vị qua chương trình sức khỏe tâm thần (MHP) của quận nếu quý vị hội đủ các tiêu chuẩn để tiếp cận các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa. Các dịch vụ Sức khỏe Tâm thần chuyên khoa Medi-Cal do Phòng Sức khỏe Tâm thần của Quận Los Angeles (Department of Mental Health - LACDMH) và Phòng Y tế Công của Quận Los Angeles (Department of Public Health - LACDPH), và Dịch vụ Sức khỏe Hành vi (Behavioral Health Services) của Quận San Diego cung cấp gồm có:

- Các dịch vụ sức khỏe tâm thần
- 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 Hệ thống Giao thuốc có tổ chức của Medi-Cal được cung cấp cho quý vị qua Phòng Sức khỏe Tâm thần của Quận Los Angeles (Department of Mental Health - LACDMH) và Phòng Y tế Công của Quận Los Angeles (LACDPH), và Dịch vụ Sức khỏe Hành vi (Behavioral Health Services) của Quận San Diego nếu quý vị hội đủ các tiêu chuẩn để nhận các dịch vụ này. Các dịch vụ thuốc Medi-Cal do Phòng Sức khỏe Tâm thần của Quận Los Angeles (Department of Mental Health - LACDMH) và Phòng Y tế Công của Quận Los Angeles (Department of Public Health - LACDPH), và Dịch vụ Sức khỏe Hành vi (Behavioral Health Services) của Quận San Diego cung cấp gồm có:

- 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

Các dịch vụ hệ thống giao thuốc có tổ chức của Medi-Cal gồm có:

- Các dịch vụ ngoại trú ngoại trú chuyên sâu và ngoại trú
- Thuốc để điều trị nghiện (còn được gọi là Điều trị Hỗ trợ Thuốc)
- Bệnh nhân nội trú/nội trú
- Quản lý cai nghiện
- Các dịch vụ điều trị nghiện ma túy
- Các dịch vụ phục hồi
- Điều phối dịch vụ chăm sóc

Ngoài các dịch vụ nêu trên, quý vị cũng có thể được sử dụng các dịch vụ giải độc nội trú tự nguyện nếu quý vị thỏa mãn các tiêu chí.

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, và PCP của quý vị, người nhà của quý vị, 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)
- Phòng Y tế Công của Quận Los Angeles, ban Phòng ngừa và Kiểm soát Lạm dụng Dược chất (Substance Abuse Prevention and Control) (xin gọi 888-742-7900 (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần)
- Sở Sức khỏe Tâm thần của Quận San Diego – Dịch vụ Rối loạn do Lạm dụng Dược chất (vui lòng gọi 888-724-7240 (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần.)
- Đường dây Sức khỏe Hành vi của Blue Shield TotalDual Plan (xem Chương 2, Mục D của cẩm nang này để biết số điện thoại và giờ làm việc)
- Bộ phận Chăm sóc Khách hàng Blue Shield TotalDual 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 TotalDual Plan và Quận sử dụng, và được xây dựng bởi các bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe hành vi tâm thần cũng như những người có trách nhiệm và quyền lợi liên quan khác, và phù hợp với các yêu cầu của luật pháp.

Thủ tục giới thiệu giữa Blue Shield TotalDual Plan và Quận

Nếu quý vị nhận dịch vụ của Blue Shield TotalDual 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 TotalDual 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 TotalDual Plan có bất đồng, quý vị sẽ tiếp tục được nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi tâm thần cần thiết về mặt y tế, kể cả thuốc toa, cho đến khi giải quyết xong bất đồng. Blue Shield TotalDual 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 TotalDual Plan hay của Quận, tùy theo thực thể nào mà quý vị có bất đồng với họ. .

F. Các dịch vụ vận chuyển

F1. Vận chuyển y tế cho các tình huống không cấp cứu

Quý vị được quyền sử dụng dịch vụ vận chuyển y tế không phải là cấp cứu nếu quý vị có nhu cầu y tế không cho phép quý vị sử dụng xe hơi, xe buýt hoặc taxi đến cuộc hẹn của quý vị. Có thể cung cấp dịch vụ vận chuyển y tế không phải là cấp cứu cho các dịch vụ được bảo hiểm như y tế, nha khoa, sức khỏe tâm thần, sử dụng dược chất, và hẹn thăm khám tại nhà thuốc. Nếu cần vận chuyển y tế không phải là cấp cứu, quý vị có thể liên hệ trực tiếp với Call The Car theo số 1-877-433-2178 (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần hoặc sử dụng ứng dụng di động CTC Go để lên lịch, chỉnh sửa, theo dõi và hủy đặt phòng. Quý khách phải đặt lịch hẹn không khẩn cấp trước 24 giờ. Nhà cung cấp hoặc nhà cung cấp vận chuyển của chúng tôi, gọi cho Xe, có thể giúp quý vị xác định loại hình vận chuyển tốt nhất để đáp ứng nhu cầu của quý vị.

Vận chuyển y tế không phải là cấp cứu là phương tiện vận chuyển cấp cứu, xe có cáng, xe có đường cho xe lăn, hoặc vận chuyển hàng không. Blue Shield TotalDual Plan cho phép phương thức vận chuyển được bảo hiểm chi phí thấp nhất và vận chuyển y tế không phải là cấp cứu phù hợp nhất cho các nhu cầu y tế của quý vị khi quý vị cần đến cuộc hẹn. Ví dụ, nếu quý vị có

thể vận chuyển vật lý hoặc y tế bằng xe lăn, Blue Shield TotalDual Plan sẽ không thanh toán cho phương tiện vận chuyển cấp cứu. Quý vị chỉ được vận chuyển bằng đường hàng không nếu bệnh trạng của quý vị khiến không thể vận chuyển quý vị bằng bất kỳ phương tiện đường bộ nào.

Vận chuyển y tế không phải là cấp cứu phải được sử dụng khi:

- Quý vị cần dịch vụ đó theo ủy quyền bằng văn bản của nhà cung cấp khác vì quý vị không thể sử dụng xe buýt, taxi, xe hơi hoặc xe tải để đến hẹn thăm khám.
- Quý vị cần giúp đỡ của người lái xe để đi từ và đến nơi cư trú, địa điểm điều trị hoặc lên xuống phương tiện do khuyết tật về thể chất hoặc tâm thần.

Đối với **các cuộc hẹn khẩn cấp**, gọi cho chúng tôi sớm nhất có thể. Cuộc hẹn khẩn cấp không cần thông báo trước 24 giờ. Cuộc hẹn khẩn cấp bao gồm những điều sau đây:

- Thẩm tách thận
- Xuất viện
- Tiếp tục phẫu thuật
- Hóa trị
- Liệu pháp xạ trị
- Chuyển bệnh viện đến bệnh viện/SNF
- Chăm sóc vết thương
- Các trung tâm chăm sóc khẩn cấp

Phải mang theo sẵn thẻ ID Hội viên của quý vị khi quý vị gọi. Quý vị cũng có thể gọi nếu quý vị cần tìm hiểu thêm.

Các giới hạn vận chuyển y tế

Blue Shield TotalDual Plan bảo hiểm phương tiện vận chuyển y tế chi phí thấp nhất đáp ứng các nhu cầu y tế từ nhà của quý vị đến nhà cung cấp gần nhất nơi có cuộc hẹn. Việc vận chuyển y tế sẽ không được cung cấp nếu Medicare hoặc Medi-Cal không bảo hiểm cho dịch vụ đó. Nếu loại cuộc hẹn được bảo hiểm theo Medi-Cal nhưng không thông qua chương trình sức khỏe, Blue Shield TotalDual Plan sẽ cung cấp hoặc giúp quý vị lên lịch vận chuyển. Danh sách các dịch vụ được bảo hiểm có nêu tại Chương 4 của sổ tay này. Việc vận chuyển không được bảo hiểm bên ngoài mạng lưới hoặc khu vực dịch vụ của Blue Shield TotalDual Plan trừ khi được cho phép trước.

F2. Vận chuyển không phải là y tế

Các quyền lợi vận chuyển không phải là y tế bao gồm việc đi đến và đi khỏi cuộc hẹn của quý vị cho một dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị cho phép. Quý vị có thể nhận một chuyến đi, miễn phí cho quý vị, khi quý vị:

- Đến và rời khỏi cuộc hẹn cho dịch vụ mà nhà cung cấp của quý vị cho phép, hoặc
- Mua thuốc theo toa và vật dụng y tế.

Blue Shield TotalDual Plan cho phép quý vị sử dụng xe hơi, taxi, xe buýt, hoặc cách công/tư khác để đến cuộc hẹn không phải là y tế cho các dịch vụ được nhà cung cấp của quý vị cho phép. Blue Shield TotalDual Plan sử dụng Call the Car để sắp xếp cho vận chuyển không phải là y tế. Chúng tôi bảo hiểm loại hình vận chuyển không phải là y tế thấp nhất, phù hợp với nhu cầu của quý vị.

Đôi khi, quý vị có thể được bồi hoàn cho các chuyến đi trong một chiếc xe tư nhân mà quý vị sắp xếp. Blue Shield TotalDual Plan phải chấp thuận việc này **trước khi** quý vị nhận chuyến đi và quý vị phải cho chúng tôi biết tại sao quý vị không thể nhận chuyến đi theo cách khác, như đi xe buýt. **Quý vị không được hoàn trả tiền cho việc tự lái xe**.

Hoàn trả số dặm bay yêu cầu tất cả những điều sau đây:

- Giấy phép lái xe của tài xế
- Đăng ký xe của tài xế
- Chứng từ bảo hiểm xe hơi cho tài xế

Để yêu cầu đi xe, liên lạc Call the Car theo số 1-877-433-2178 (TTY: 711), 24 giờ và 7 ngày mỗi tuần ít nhất hai mươi bốn (24) giờ trước (Thứ Hai-Thứ Sáu) trước cuộc hẹn của quý vị. Đối với **các cuộc hẹn khẩn cấp**, gọi cho chúng tôi sớm nhất có thể. Phải mang theo sẵn thẻ ID Hội viên của quý vị khi quý vị gọi. Quý vị cũng có thể gọi nếu quý vị cần tìm hiểu thêm.

Lưu ý: Người Mỹ Bản địa có thể liên hệ với Phòng khám Sức khỏe Người Mỹ Bản địa tại địa phương của họ để yêu cầu vận chuyển không phải là y tế.

Các giới hạn vận chuyển không phải là y tế

Blue Shield TotalDual Plan cung cấp dịch vụ vận chuyển không phải là y tế chi phí thấp nhất, đáp ứng nhu cầu từ nhà của quý vị đến nhà cung cấp gần nhất nơi có cuộc hẹn. **Quý vị không thể tự lái xe hoặc được bồi hoàn trực tiếp.**

Vận chuyển không phải là y tế **không** áp dụng nếu:

- Cần có phương tiện vận chuyển cấp cứu, xe có cáng, xe lăn, hoặc các hình thức vận chuyển y tế không phải là cấp cứu khác để đến một dịch vụ.
- Quý vị cần trợ giúp từ lái xe đến và từ nơi ở, phương tiện hoặc nơi điều trị do tình trạng thể chất hoặc y tế.
- Quý vị đang ngồi xe lăn và không thể di chuyển vào và ra khỏi xe mà không có sự trợ giúp của tài xế.
- Các dịch vụ không được Medicare hoặc Medi-Cal bao trả.

G. Các dịch vụ được bảo hiểm trong trường hợp cấp cứu y tế, khi khẩn cấp cần thiết, hoặc khi có thảm họa

G1. Chăm sóc trong trường hợp 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 hết sức nghiêm trọng, mà quý vị hoặc bất cứ ai với hiểu biết trung bình về sức khỏe và y tế đều có thể thấy rằng việc không xử lý y tế ngay lập tức sẽ dẫn đến một trong những điều sau:

- 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.

Nếu quý vị cần cấp cứu y tế:

- **Xin trợ giúp càng nhanh càng tốt.** Gọi 911 hoặc sử dụng để đến phòng cấp cứu hay bệnh viện gần nhất. Gọi phương tiện vận chuyển cấp cứu nếu quý vị cần. Quý vị **không** cần phê duyệt hoặc giấy giới thiệu từ PCP của quý vị. Quý vị không cần phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới. Quý vị được sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu bất cứ khi nào cần, tại bất kỳ nơi đâu trong Hoa Kỳ hoặc lãnh thổ của Hoa Kỳ hoặc trên toàn thế giới, từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép phù hợp của tiểu bang.
- **Ngay khi có thể được, hãy thông báo cho chương trình chúng tôi về việc cấp cứu của quý vị.** Chúng tôi sẽ theo dõi việc chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hoặc người nào đó khác cần gọi để báo cho chúng tôi về việc chăm sóc cấp cứu của quý vị, thông thường là trong vòng 48 giờ. Tuy nhiên, quý vị sẽ không trả tiền cho các dịch vụ cấp cứu nếu chậm trễ thông báo cho chúng tôi. Gọi Bộ phận Chăm sóc Khách hàng Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413, 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi 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

Trong năm 2023, Blue Shield TotalDual 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. Không có giới hạn bảo hiểm chương trình cho các dịch vụ cấp cứu/khẩn cấp ngoài Hoa Kỳ mỗi năm. Để tìm hiểu thêm, xin tham khảo Bảng Quyền lợi ở Chương 4, Mục D.

Nếu quý vị cần phương tiện vận chuyển cấp cứu để đến phòng cấp cứu, chương trình chúng tôi sẽ đài thọ cho việc này Để tìm hiểu thêm, tham khảo Bảng Quyền lợi ở **Chương 4** *của Sổ tay Hội viên.*

Chương trình chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp toàn cầu ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của nó trong những trường hợp sau đây, không giới hạn hàng năm kết hợp. Xem "Chăm sóc Cấp cứu" và "Dịch vụ khẩn cấp cần thiết" trong Bảng Quyền lợi Y tế ở **Chương 4** của tài liệu này để biết thêm thông tin về số tiền quý vị trả.

Các nhà cung cấp chăm sóc cấp cứu cho quý vị quyết định khi nào thì tình trạng bệnh của quý vị ổn định và qua khỏi giai đoạn cấp cứu y tế. Họ sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị và sẽ liên lạc với chúng tôi để lên các chương trình nếu quý vị cần chăm sóc theo dõi để phục hồi sức khỏe tốt hơn.

Chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho việc chăm sóc tiếp theo của 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 chăm sóc phòng cấp cứu và bác sĩ cho biết là không cần phải cấp cứu. Miễn là quý vị có lý do hợp lý cho rằng sức khỏe của mình đang cực kỳ nguy hiểm, chúng tôi bảo hiểm dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Sauu khi bác sĩ nói rằng đó không phải là cấp cứu, chúng tôi 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 (tham khảo Mục H2) để được nhận dịch vụ đó.

G2. Chăm sóc khẩn cấp cần thiết

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết là dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận cho tình trạng không phải là cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay. Ví dụ như, quý vị gặp một cơn đột phát của bệnh sẵn có hoặc đau họng nghiêm trọng xảy ra vào cuối tuần và cần được điều trị.

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết trong khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình chúng tôi

Trong hầu hết mọi trường hợp, chúng tôi 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 mô tả trong chương này.

Nếu quý vị không thể hoặc có lý do hợp lý đến với một nhà cung cấp trong mạng lưới, chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết mà quý vị sử dụng của nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình chúng tôi

Khi ở ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình chúng tôi, 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 bao trả cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp mà quý vị sử dụng của bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào.

Blue Shield TotalDual 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. Không có giới hạn bảo hiểm chương trình cho các dịch vụ cấp cứu/khẩn cấp ngoài Hoa Kỳ mỗi năm. Để tìm hiểu thêm, xin tham khảo Bảng Quyền lợi ở **Chương 4**, Mục D.

Nếu quý vị cần chăm sóc khẩn cấp khi đang ở ngoài Hoa Ky và vùng lãnh thổ, gọi Blue Shield Global Core Services Center theo số miễn cước **(800) 810-2583,** hoặc gọi để nhận theo số (804) 673-1177, 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần. Trong trường hợp cấp cứu, hãy đến thẳng bệnh viện gần nhất. Quý vị cũng nên gọi số Bộ phận Chăm sóc Khách hàng ở mặt sau thẻ ID hội viên của quý vị. Trong phạm vi của dịch vụ này, đối với dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện cho bệnh nhân nội trú, quý vị có thể liên hệ với Blue Shield Global Core Services Center để sắp xếp sử dụng dịch vụ không cần tiền mặt. Nếu quý vị sắp xếp truy cập không dùng tiền mặt, quý vị phải chịu trách nhiệm cho các chi phí tự trả thông thường như chi phí không được bảo hiểm và tiền đồng trả. Nếu không sắp xếp sử dụng dịch vụ không cần tiền mặt, quý vị sẽ phải trả toàn bộ hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị và nộp yêu cầu hoàn trả (xem Chương 2, *Nơi gửi một yêu cầu yêu cầu chúng tôi trả khoản chia sẻ của chúng tôi cho chi phí chăm sóc y tế hoặc thuốc quý vị đã nhận được.*

G3. Chăm sóc khi gặp tai họa

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

Xem trên trang mạng của chúng tôi để biết cách tìm dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần trong tình trạng tai họa đã được công bố: www.blueshieldca.com/medicare.

Trong lúc xảy ra thảm họa đã tuyên bố, nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp 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. Tham khảo **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* để tìm hiểu thêm.

H. Cần phải làm gì nếu quý vị bị ghi hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ mà chương trình chúng tôi bảo hiểm

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

Quý vị không phải trả hóa đơn đó một mình. Nếu quý vị làm vậy, chúng tôi có thể sẽ không hoàn tiền lại được cho quý vị.

Nếu quý vị trả cho các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị **hoặc** nếu quý vị đã trả nhiều hơn chia sẻ chi phí chương trình của quý vị cho các dịch vụ được bảo hiểm hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn yêu cầu thanh toán toàn bộ chi phí của các dịch vụ y tế được bảo hiểm, tham khảo **Chương 7** *của Sổ tay Hội viên* để biết phải làm gì.

H1. Phải làm gì khi chương trình của chúng tôi không bảo hiểm cho các dịch vụ

Chương trình chúng tôi 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 của chúng tôi (tham khảo **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên của quý vị*) **và**
- quý vị nhận được bằng cách tuân thủ các quy định của chương trình.

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

Nếu quý vị muốn biết chúng tôi có thanh toán 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 *của Sổ tay Hội viên cho biết những* gì phải làm nếu quý vị muốn chúng tôi bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc khoản mục y tế. Các mục đó cũng cho biết quý vị phải làm sao để kháng cáo quyết định bảo hiểm của chúng tôi. Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để tìm hiểu thêm về các quyền kháng cáo của quý vị.

Chúng tôi thanh toán cho một số dịch vụ với một mức giới hạn nào đó. Nếu quý vị vượt quá giới hạn này, quý vị phải trả toàn bộ chi phí cho phần của loại dịch vụ mà quý vị sử dụng thêm. Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng để biết đó là các giới hạn quyền lợi gì và quý vị đã sử dụng bao nhiêu quyền lợi.

I. Các dịch vụ bảo hiểm trong nghiên cứu lâm sàng

I1. Định nghĩa nghiên cứu lâm sàng

Nghiên cứu lâm sàng (còn gọi là thử nghiệm lâm sàng) là một cách để các bác sĩ thử nghiệm cách thức điều trị mới hoặc thuốc mới. Một nghiên cứu kiểm tra lâm sàng được Medicare phê duyệt thường yêu cầu những người tình nguyện tham gia vào cuộc nghiên cứu.

Nếu Medicare chấp thuận cho cuộc nghiên cứu mà quý vị muốn tham gia, có người làm việc cho cuộc nghiên cứu đó liên hệ với quý vị. Người đó nói với quý vị về cuộc nghiên cứu và tìm hiểu 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 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 chúng tôi. Bằng cách đó, chương trình của chúng tôi tiếp tục bảo hiểm cho quý vị các dịch vụ và chăm sóc 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 chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính cho quý vị chấp thuận. Các nhà cung cấp cung cấp các dịch vụ chăm sóc trong chương trình nghiên cứu **không** cần phải là nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới.

Blue Shield Promise Medi-Cal Plan của quý vị bảo hiểm các chi phí chăm sóc bệnh nhân định kỳ cho bệnh nhân được chấp nhận vào Giai đoạn I, Giai đoạn II, Giai đoạn III hoặc Các thử nghiệm lâm sàng Giai đoạn IV nếu nó liên quan đến phòng ngừa, phát hiện hoặc điều trị ung thư hoặc các tình trạng đe dọa đến tính mạng khác và nếu nghiên cứu được thực hiện bởi Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA), Trung tâm Kiểm soát và Phòng bệnh (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) hoặc Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services - CMS). Các nghiên cứu phải được phê duyệt bởi Các Viện Y tế Quốc gia, FDA, Bộ Quốc phòng hoặc Cơ quan Quản lý Cựu chiến binh.

Chúng tôi khuyến khích quý vị thông báo cho chúng tôi trước khi quý vị 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 nên liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để cho chúng tôi biết quý vị sẽ tham gia một nghiên cứu lâm sàng.

I2. J. 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 đó. Medicare thanh toán cho các dịch vụ được bảo hiểm trong cuộc nghiên cứu cũng như các chi phí định kỳ 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 được bao trả cho hầu hết dịch vụ và khoản mục 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 thanh toán mọi chi phí cho việc tham gia cuộc nghiên cứu đó.

I3. Thêm về các nghiên cứu lâm sàng

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về việc tham gia một chương trình nghiên cứu lâm sàng bằng cách đọc "Các Chương trình Nghiên cứu Lâm sàng & Medicare" 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.

J. Làm thế nào để các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ được bảo hiểm trong tổ chức chăm sóc sức khỏe không phải là y tế của tôn giáo

J1. 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 bao trả cho dịch vụ chăm sóc tại tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế của tôn giáo. 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).

J2. 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 không phải là 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".

- 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.
- Điều trị y tế "ngoại lệ" là bất cứ dịch vụ chăm sóc nào **không tự nguyện hoặc do luật pháp của liên bang, tiểu bang hoặc địa phương yêu cầu**.

Để được chương trình của chúng tôi bao trả, 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:
    - 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.
        - Quý vị phải xin chúng tôi chấp thuận trước thì mới được nhận vào cơ sở này, nếu không việc nội trú của quý vị tại các cơ sở đó sẽ **không** được bao trả.

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.

K. Thiết bị Y tế Lâu bền (DME)

K1. DME với tư cách hội viên của chương trình chúng tôi

DME bao gồm một số mặt hàng cần thiết về mặt y tế do nhà cung cấp đặt hàng, chẳng hạn như 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 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 thuê. Trong Original Medicare, người thuê một số loại DME nhất định sẽ sở hữu thiết bị sau khi trả các khoản đồng thanh toán cho thiết bị đó trong 13 tháng. Tuy nhiên, là hội viên của chương trình chúng tôi, thông thường quý vị sẽ **không** sở hữu DME, bất kể thời gian thuê của quý vị là bao lâu.

Trong một số tình huống, Blue Shield TotalDual Plan có thể chuyển quyền sở hữu mục 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 ít chi phí hơn $150 và/hoặc bơm tiêm/truyền
- Chứng nhận của bác sĩ
- Nếu thiết bị hoặc dụng cụ phù hợp với 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.

*Thậm chí nếu quý vị có DME trong tối đa 12 tháng liên tiếp trong Medicare trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị cũng **không** được sở hữu thiết bị đó.*

K2. Quyền sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare

Nếu quý vị không nhận được quyền sở hữu DME khi thuộc chương trình của chúng tôi, quý vị phải thực hiện 13 đồng thanh tán liên tục sau khi quý vị chuyển sang Original Medicare để đạt được quyền sở hữu thiết bị đó. Các khoản thanh toán của quý vị khi thuộc chương trình của chúng tôi **không** tính cho 13 khoản thanh toán liên tục này.

Nếu quý vị đã có những lần thanh toán tiền ít hơn 13 lần cho DME đó trong Original Medicare **trước khi** tham gia chương trình của chúng tôi, những lần thanh toán Medicare của quý vị không được tính vào 13 lần thanh toán liên tục. Quý vị phải trả 13 lần thanh toán mới liên tục sau khi quý vị quay lại Original Medicare để được sở hữu thiết bị đó. Không có ngoại lệ nào cho trường hợp này khi quý vị trở về Original Medicare.

K3. Quyền lợi đối với thiết bị oxy với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận thiết bị ôxy được Medicare bao trả và quý vị là hội viên của chương trình của chúng tôi, chúng tôi bao trả:

- 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.

K4. Thiết bị ôxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare

Khi thiết bị ôxy là cần thiết về mặt y tế và **quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và chuyển sang Original Medicare**, quý vị thuê nó từ một nhà cung cấp trong 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 ôxy là cần thiết về mặt y tế **sau khi quý vị thuê nó trong 36 tháng,** nhà cung cấp của quý vị phải:

- Thiết bị cho thở oxy, vật dụng, và dịch vụ thêm 24 tháng.
- Thiết bị cho thở oxy và vật dụng trong tối đa 5 năm nếu cần thiết về mặt y tế.

Nếu thiết bị ôxy vẫn còn cần thiết về mặt y tế vào **cuối giai đoạn 5 năm**:

- Nhà cung cấp của quý vị không còn phải cung cấp thiết bị đó nữa và quý vị có thể chọn nhận thiết bị thay thế từ bất kỳ nhà cung cấp nào.
- Một giai đoạn 5 năm mới bắt đầu.
- Quý vị thuê từ một nhà cung cấp trong 36 tháng.
- Sau đó nhà cung cấp của quý vị cung cấp thiết bị, vật tư và dịch vụ ôxy trong 24 tháng nữa.
- Một chu kỳ mới bắt đầu cứ 5 năm một lần miễn là thiết bị ôxy là cần thiết về mặt y tế.

Chương 4: Bảng Quyền lợi

Giới thiệu

Chương này cho quý vị biết về các dịch vụ *chương trình của chúng tôi 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 *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

Hội viên mới đến Blue Shield TotalDual Plan**:** Trong hầu hết mọi trường hợp, quý vị sẽ được ghi danh vào Blue Shield TotalDual Plan để hưởng các quyền lợi Medicare của quý vị vào ngày thứ 1 của tháng sau khi quý vị yêu cầu ghi danh vào Blue Shield TotalDual Plan. Quý vị vẫn có thể nhận các dịch vụ Medi-Cal của quý vị từ chương trình sức khỏe Medi-Cal trước đó thêm một tháng. Sau đó, quý vị sẽ nhận các dịch vụ Medi-Cal qua Blue Shield Promise Medi-Cal Plan. Sẽ không có giai đoạn không được bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711) nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc gì.

Mục lục

A. Các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị và chi phí tự trả của quý vị 63

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

C. Về Bảng Quyền lợi của chương trình 63

D. Bảng Quyền lợi của chương trình 66

E. Các quyền lợi được bảo hiểm ngoài chương trình của chúng tôi 117

E1. Chương trình chuyển về cộng đồng của California 132

E2. Chương trình Nha khoa Medi-Cal 133

E3. Chăm sóc giai đoạn cuối đời.....134

F. Các quyền lợi không được chương trình, Medicare, hoặc Medi-Cal bảo hiểm 135

A. Các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị và chi phí tự trả của quý vị

Chương này cho quý vị biết về các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bảo hiểm và số tiền quý vị trả cho từng dịch vụ. Quý vị cũng được biết về những dịch vụ không được bảo hiểm. Thông tin về các quyền lợi thuốc có trong **Chương 5**. Chương này cũng giải thích các giới hạn đối với một số dịch vụ.

Với một số dịch vụ, quý vị phải chịu một khoản phí tự chi trả gọi là tiền đồng trả. Đây là một số tiền cố định (ví dụ $5 chẳng hạn) 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 hỗ trợ để hiểu rõ những dịch vụ nào sẽ được bao trả, hãy gọi điều phối viên chăm sóc của quý vị và/Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711).

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

Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi gửi hóa đơn cho quý vị về các 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 khi chúng tôi trả tiền cho nhà cung cấp dịch vụ thấp hơn mức họ tính cho một dịch vụ nào đó.

- **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, tham khảo **Chương 7** của *Sổ tay Hội viên* hoặc gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

C. Về Bảng Quyền lợi của chương trình

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

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

- Chúng tôi phải cung cấp các dịch vụ được Medicare Medi-Cal bảo hiểm cho quý vị 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 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. Dịch vụ là cần thiết về mặt y tế khi nó là có thể phù hợp 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 **không** thanh toán cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị sử dụng của nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới. **Chương 3** của Sổ tay Hội viên 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 sử dụng nhà cung cấp không phải là PCP của quý vị hoặc mới được sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình. Đây được gọi là giới thiệu. **Chương 3** của Sổ tay Hội viên có nói thêm về việc xin giấy giới thiệu và khi nào quý vị **không** cần.

- 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. Tham khảo **Chương 3** của Sổ tay Hội viên để biết thêm thông tin.

- Chúng tôi chỉ bảo hiểm cho một số dịch vụ nêu trong Bảng Quyền lợi 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. Chúng tôi đánh dấu các dịch vụ được bảo hiểm trong Bảng Quyền lợi cần phải xin phép trước bằng cách in chữ nghiêng.

- Nếu quý vị trong giai đoạn sáu tháng được coi là tiếp tục đủ điều kiện của chương trình, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả quyền lợi Medicare được chương trình Medicare Advantage bảo hiểm. Tuy nhiên, trong thời gian này, Blue Shield TotalDual Plan sẽ không bao trả các quyền lợi Medi-Cal (Medicaid) được bao gồm trong Medi-Cal (Medicaid), chúng tôi cũng không thanh toán phí bảo hiểm Medicare hoặc chia sẻ chi phí mà Tiểu bang sẽ phải chịu trách nhiệm nếu quý vị không mất tư cách hưởng Medi-Cal (Medicaid) của mình. Số tiền quý vị phải trả cho các dịch vụ được Medicare bảo hiểm trong chương trình này có thể tăng lên trong khoảng thời gian sau khi quý vị mất tư cách hưởng Medi-Cal (Medicaid).

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

- **Hỗ trợ Cộng đồng**: Hỗ trợ Cộng đồng có thể có sẵn theo Kế hoạch Cá nhân của quý vị. Hỗ trợ Cộng đồng là các dịch vụ hoặc thiết lập thay thế phù hợp về mặt y tế và tiết kiệm chi phí. Các dịch vụ này có thể tùy chọn cho hội viên. Nếu quý vị đủ điều kiện, các dịch

vụ này có thể giúp quý vị sống độc lập hơn. Họ không thay thế các quyền lợi mà quý vị đã nhận được theo Medi-Cal. Ví dụ về Hỗ trợ Cộng đồng mà chúng tôi cung cấp bao gồm thực phẩm và bữa ăn hỗ trợ về mặt y tế hoặc bữa ăn được điều chỉnh bởi y tế, giúp đỡ cho quý vị hoặc người chăm sóc của quý vị, hoặc thanh nắm vòi sen và đường dốc. Ví dụ về các dịch vụ Hỗ trợ Cộng đồng mà Blue Shield TotalDual Plan đã cung cấp trước đây bao gồm: Partners in Care Foundation để quản lý trường hợp, đánh giá và các dịch vụ tại nhà và dựa vào cộng đồng và LifeSpring cho các bữa ăn được giao tận nhà. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn tìm hiểu xem hỗ trợ cộng đồng nào có thể có cho quý vị, gọi điều phối viên chăm sóc hoặc gọi cho nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của quý vị.

D. Bảng Quyền lợi của chương trình

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Tầm soát chứng phình động mạch chủ ở bụng Chúng tôi 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

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Châm cứu (được Medicare và Medi-Cal bảo hiểm) Chúng tôi trả tối đa cho hai lần châm cứu bên ngoài trong bất cứ tháng dương lịch nào, hoặc nhiều hơn nếu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng thanh toán cho tối đa 12 lần châm cứu trong 90 ngày nếu quý vị bị đau thắt lưng mạn tính, được định nghĩa là: • kéo dài 12 tuần hoặc lâu hơn; • không cụ thể (không xác định được nguyên nhân toàn thân, chẳng hạn như không liên quan đến bệnh di căn, viêm hoặc nhiễm trùng); • không liên quan đến phẫu thuật; **và** • không liên quan đến thai kỳ. Ngoài ra, chúng tôi thanh toán thêm 8 buổi châm cứu chữa đau thắt lưng mạn tính nếu quý vị có biểu hiện cải thiện. Quý vị có thể không nhận được nhiều hơn 20 phương pháp điều trị bằng châm cứu đối với chứng đau thắt lưng mạn tính mỗi năm. Các phương pháp điều trị bằng châm cứu đối với chứng đau thắt lưng mạn tính phải được dừng lại nếu quý vị không thuyên giảm hoặc nếu tình trạng của quý vị tồi tệ hơn. Yêu cầu của nhà cung cấp: Các bác sĩ (theo định nghĩa trong 1861(r)(1) của Đạo luật An sinh Xã hội (Đạo luật) có thể cung cấp châm cứu phù hợp với các yêu cầu hiện hành của tiểu bang. Trợ lý bác sĩ (PAs), chuyên viên điều dưỡng (NPs)/chuyên viên điều dưỡng lâm sàng (CNSs) (như được xác định trong 1861(aa)(5) của Đạo luật), và nhân viên phụ trợ có thể cung cấp châm cứu nếu chúng đáp ứng tất cả các yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có: • bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ về châm cứu hoặc y học phương Đông của một trường được Ủy ban công nhận về châm cứu và y học phương đông (ACAOM) công nhận; và, • giấy phép có hiệu lực, đầy đủ, đang sử dụng và không bị hạn chế về hành nghề châm cứu ở một Tiểu bang, Vùng lãnh thổ hay Khối Thịnh Vượng Chung (ví dụ như Puerto Rico) của Hoa Kỳ. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp.**	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Châm cứu (tiếp) Nhân viên phụ trợ cung cấp châm cứu phải dưới mức độ giám sát phù hợp của bác sĩ, PA, hoặc NP/CNS theo yêu cầu của chúng tôi theo quy định của chúng tôi theo số 42 CFR §§ 410.26 và 410.27. 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 để xác định một nhà cung cấp tham gia ASH Plans, quý vị có thể gọi cho ASH Plans theo số (800) 678-9133 [TTY: (877) 710-2746], Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 5 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan hoặc đến blueshieldca.com/find-a-doctor để định vị nhà cung cấp tham gia ASH Plans.	
	Các dịch vụ châm cứu (không được Medicare bảo hiểm) Quyền lợi được cung cấp để đánh giá và điều trị châm cứu bởi Bác sĩ Y khoa, bác sĩ châm cứu có giấy phép, hoặc nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe được cấp phép hoặc được chứng nhận khác. • Khám ban đầu và tiếp theo • Thăm khám và điều chỉnh tại văn phòng • Liệu pháp điều trị hỗ trợ 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 để xác định một nhà cung cấp tham gia ASH Plans quý vị có thể gọi cho ASH Plans theo số (800) 678-9133 [TTY: (877) 710-2746], Thứ Hai đến Thứ Sáu, 5 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan hoặc **blueshieldca.com/find-a-doctor** để định vị nhà cung cấp tham gia ASH Plans. *Các dịch vụ này không áp dụng cho giới hạn tự chi trả tối đa của chương trình.	Quý vị trả $0 (giới hạn tối đa 12 lần thăm khám mỗi năm).

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Quyền lợi telehealth bổ sung Teladoc cung cấp tư vấn của Bác sĩ qua điện thoại hoặc trực tuyến. 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. Vui lòng đăng nhập vào **blueshieldca.com/teladoc** hoặc ứng dụng Blue Shield of California để yêu cầu truy cập. Nếu quý vị có thắc mắc, quý vị có thể liên hệ với Teladoc qua số điện thoại 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) [TTY: 711], 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần, 365 ngày/năm * Các dịch vụ không áp dụng đối với giới hạn tự chi trả tối đa của chương trình.	$0
🍎	**Tầm soát và tư vấn về lạm dụng rượu** Chúng tôi chỉ trả một lần cho việc truy tầm lạm dụng rượu (Truy tầm, can thiệp nhanh, giới thiệu-SABIRT) cho người trưởng thành lạm dụng rượu nhưng chưa nghiện rượu. Quy định này cũng áp dụng cho phụ nữ mang thai. Nếu quý vị khám sàng lọc dương tính với việc lạm dụng cồn rượu, quý vị có thể nhận được tối đa bốn buổi tư vấn trực tiếp, ngắn gọn mỗi năm với một nhà cung cấp hoạt động chăm sóc chính đủ năng lực hoặc người hành nghề tại cơ sở chăm sóc chính (nếu quý vị có thể và tỉnh táo trong quá trình tư vấn).	$0

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	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 (máy bay trực thăng). 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 xe cứu thương 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.	$0
	Khám sức khỏe tổng quát hàng năm Quý vị được bao trả cho một lần khám sức khỏe định kỳ 12 tháng một lần ngoài lần thăm khám sức khỏe. Lần thăm khám này bao gồm một đánh giá toàn diện về tiền sử bệnh tật và gia đình của quý vị, đánh giá chi tiết từ đầu đến chân và các dịch vụ khác, giới thiệu và khuyến nghị có thể phù hợp.	$0
🍎	**Thăm khám sức khỏe hàng năm** Quý vị nên 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 thanh toán cho việc này một lần cho mỗi 12 tháng. Lưu ý: Lần thăm khám sức khỏe hàng năm đầu tiên của quý vị không thể diễn ra trong vòng 12 tháng kể từ lần thăm khám phòng bệnh “Chào mừng đến với Medicare”. Tuy nhiên, quý vị không cần được thăm khám “Chào mừng đến với Medicare” để được bảo hiểm thăm khám sức khỏe hàng năm sau khi quý vị đã có Phần B được 12 tháng.	$0

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Các Dịch vụ Phòng ngừa Bệnh hen suyễn Quý vị có thể nhận được giáo dục về bệnh suyễn và đánh giá môi trường tại nhà cho các kích hoạt thường thấy ở nhà cho người bị bệnh suyễn được kiểm soát kém.	$0
	Đo khối lượng xương Chúng tôi thanh toán một số các thủ thuật nào đó cho hội viên 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 thanh toán cho các dịch vụ này một lần cho mỗi 24 tháng, hoặc thường xuyên hơn nếu 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 trả 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 phục hồi chức năng tim Chúng tôi thanh toán 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.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Thăm khám để giảm thiểu nguy cơ bị bệnh tim mạch, hay tim (liệu pháp cho 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
	Tầm soát ung thư cổ tử cung và âm đạo Chúng tôi trả 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 30-65 tuổi: xét nghiệm vi-rút gây u nhú ở người (HPV) hoặc Pap cùng với xét nghiệm HPV cứ 5 năm một lần	$0

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Các dịch vụ chữa bệnh bằng phương pháp nắn xương khớp Chúng tôi trả cho các dịch vụ sau đây: • Điều chỉnh cột sống để sửa lại cho thẳng • Khám ban đầu và tiếp theo • Thăm khám tại văn phòng và điều chỉnh chữa bệnh bằng phương pháp nắn xương khớp • Liệu pháp điều trị hỗ trợ • Chụp X-quang và xét nghiệm (chỉ cho phương pháp nắn xương khớp) Các quyền lợi là nhà cung cấp thông qua hợp đồng với American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Để biết thêm thông tin, hoặc để xác định một nhà cung cấp tham gia ASH Plans quý vị có thể gọi cho ASH Plans theo số (800) 678-9133, [TTY: (877) 710-2746], Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 5 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan hoặc đến **blueshieldca.com/find-a-doctor** để định vị nhà cung cấp tham gia ASH Plans. * Các dịch vụ không áp dụng đối với giới hạn tự chi trả tối đa của chương trình.	$0 $0 (bảo hiểm giới hạn tối đa 12 lần thăm khám mỗi năm) cho các dịch vụ không được Medicare bảo hiểm.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Tầm soát ung thư đại tràng Với người từ 50 tuổi trở lên, chúng tôi thanh toán 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.	$0
	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 thanh toán 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.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	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 thanh toán cho hai đợt cai thuốc lá trong thời gian 12 tháng ở dạng một 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 thăm khám tư vấn trực tiếp. Nếu quý vị hút thuốc lá và đã được chẩn đoán là có bệnh liên quan đến thuốc lá hoặc đang uống thuốc có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc lá: • Chúng tôi thanh toán cho hai đợt cai thuốc lá có tư vấn 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 thanh toán bao nhiêu
	Dịch vụ nha khoa Các dịch vụ nha khoa nhất định, bao gồm nhưng không giới hạn, làm sạch, trám, và hàm răng giả, được cung cấp qua Chương trình Nha khoa Medi-Cal hoặc FFS Medi-Cal. Nói chung, các dịch vụ phòng bệnh răng miệng (ví dụ như làm sạch, kiểm tra nha khoa định kỳ và chụp X-quang răng) không được Original Medicare bảo hiểm. Chúng tôi bảo hiểm cho một số dịch vụ nha khoa định kỳ và toàn diện: Để có danh sách các thủ thuật nha khoa được bảo hiểm, xem bảng ở cuối Bảng Thủ thuật Quyền lợi Nha khoa Định kỳ để biết thêm thông tin về cách tiếp cận các dịch vụ này. Các khoản đồng thanh toán được liệt kê trong Bảng Thủ thuật Quyền lợi Nha khoa Định kỳ chỉ áp dụng cho các dịch vụ khi được nha sĩ trong mạng lưới chỉ định là một thủ thuật cần thiết, đầy đủ và phù hợp cho tình trạng nha khoa của quý vị. Không phải tất cả các quyền lợi đều có thể phù hợp với mọi người. Quý vị nên dựa vào nha sĩ trong mạng lưới của quý vị để xác định việc chăm sóc thích hợp cho quý vị. Mạng lưới nhà cung cấp nha khoa chỉ là mạng lưới nha sĩ đa khoa; không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới. * Các dịch vụ không áp dụng đối với giới hạn tự chi trả tối đa của chương trình.	Xem bảng ở cuối Bảng Thủ thuật Quyền lợi Nha khoa Định kỳ để biết danh sách các thủ thuật nha khoa được bảo hiểm và quý vị phải trả những gì.
	Tầm soát chứng trầm cảm Chúng tôi trả tiền cho một cuộc truy tầm 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

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Tầm soát bệnh tiểu đường Chúng tôi trả tiền cho việc truy tầm này (kể cả việc đo huyết đường 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 theo kết quả xét nghiệm, quý vị có thể hội đủ điều kiện được thực hiện hai cuộc truy tầm bệnh tiểu đường mỗi 12 tháng.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
🍎	**Đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và vật dụng** Chúng tôi 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 • Với người tiểu đường bị bệnh chân do tiểu đường nặng, chúng tôi thanh toán 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) Trong một số trường hợp, chúng tôi thanh toán cho việc đào tạo giúp quý vị kiểm soát bệnh tiểu đường của mình. Để tìm hiểu thêm, hãy liên hệ với phòng Bộ phận Chăm sóc Khách hàng. 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”). Que thử và máy đo đường huyết của tất cả các nhà sản xuất khác sẽ yêu cầu bác sĩ của quý vị chấp thuận trước (đôi khi được gọi là “ủy quyền trước”) từ chương trình.	$0 • Đối với máy đo đường huyết, vui lòng xem Thiết bị Y tế Lâu bền (DME) và phần tiếp liệu liên quan bên dưới.
	Dịch vụ Hộ sinh Đối với các cá nhân có thai, chúng tôi thanh toán cho chín lần thăm khám với một doula trong thời gian tiền sản và hậu sản cũng như hỗ trợ trong quá trình chuyển dạ và sinh nở.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Thiết bị y tế lâu bền (DME) và tiếp liệu liên quan Tham khảo chương cuối của *Sổ tay Hội viên* để biết định nghĩa về "Thiết bị y tế lâu bền (DME)." Chúng tôi bảo hiểm cho các mục sau đây: • Xe lăn, kể cả xe lăn điện • 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. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp**	Máy theo dõi đường huyết: • Quý vị trả $0 cho máy đo đường huyết FreeStyle®. • Để nhận được, máy theo dõi đường huyết từ tất cả các nhà sản xuất khác với giá $0, hãy cho nhà cung cấp hoặc dược sĩ của quý vị xem cả thẻ hội viên Blue Shield TotalDual Plan và Medi-Cal Beneficiary của quý vị.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Thiết bị y tế lâu bền (DME) và tiếp liệu liên quan (tiếp) Chúng tôi bảo hiểm tất cả DME cần thiết về mặt y tế được Original Medicare bảo hiểm. 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. Các quy chế về chấp thuận có thể áp dụng. *Thiết bị y tế lâu bền sẽ cần phải xin chúng tôi chấp thuận trước (đôi khi được gọi là "cho phép trước") nếu quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị muốn yêu cầu thiết bị y tế lâu bền được cung cấp bởi một vật dụng không được ưu tiên.*	

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

	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.
	
	Bảo hiểm Toàn cầu.*
	
	Quý vị không có giới hạn kết hợp hàng năm cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc các dịch vụ khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ hàng năm.
	
	*Các dịch vụ bên ngoài Hoa Kỳ và các lãnh thổ của Hoa Kỳ không áp dụng cho giới hạn chi trả tối đa của chương trình.
		$0
		
		Nếu quý vị được chăm sóc cấp cứu tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị đã ổn định, quý vị phải trở lại một bệnh viện trong mạng lưới để việc chăm sóc quý vị tiếp tục được bảo hiểm *HOẶC* quý vị phải chăm sóc nội trú ở bệnh viện ngoài mạng lưới được chương trình ủy quyền và chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán 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 nào đó. 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 trả cho các dịch vụ sau đây: • Kiểm tra kế hoạch hóa gia đình và điều trị y tế • Các xét nghiệm kế hoạch hóa gia đình và chẩn đoán • Các phương pháp kế hoạch hóa gia đình (IUC/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 di truyền Chúng tôi cũng thanh toán cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình khác. Tuy nhiên, quý vị phải sử dụng 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

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán 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	$0 cho các tài liệu giáo dục sức khỏe bằng văn bản, bao gồm các Thư ngỏ.

	Chương trình Giúp Quý vị Giữ gìn Sức khỏe. Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm:
	• Các tài liệu giáo dục sức khỏe bằng văn bản, bao gồm các Thư ngỏ
	• Chương trình giáo dục
	• Chương trình Giáo dục tập trung vào các tình trạng sức khỏe như:
	  ○ Cao huyết áp
	  ○ Cholesterol
	  ○ Bệnh hen
	  ○ Chế độ ăn đặc biệt
	• Chương trình Giáo dục được thiết kế để củng cố sức khỏe và lối sống của quý vị,
	  ○ Kiểm soát cân nặng
	  ○ Thể dục thể hình
	  ○ Kiểm soát Căng thẳng
		$0 cho những chương trình giáo dục được cung cấp bởi mộtđịa điểm mà chương trình chấp thuận.

	NurseHelp 24/7 Có cuộc đối thoại trực tuyến riêng tư với y tá có đăng ký, 24 giờ một ngày. Khi quý vị có lo ngại về y tế, một cuộc gọi đến đường dây nóng miễn cước của chúng tôi sẽ liên lạc với một y tá có đăng ký hành nghề, họ sẽ nghe các quan ngại của quý vị và giúp quý vị tìm giải pháp. Gọi 1-877-304-0504 (TTY: 711) 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp.**	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
Các chương trình giáo dục y tế và sức khỏe (tiếp)* **Thể dục với SilverSneakers®** SilverSneakers có thể giúp quý vị sống khỏe mạnh hơn, năng động hơn thông qua thể dục thẩm mỹ và kết nối xã hội. Quý vị được bảo hiểm cho một quyền lợi tập thể dục qua SilverSneakers tại các địa điểm tham gia[1]. Quý vị có quyền truy cập vào những người hướng dẫn, những người dẫn dắt các lớp tập thể dục nhóm được thiết kế đặc biệt[2]. Tại các địa điểm tham gia trên toàn quốc[1], quý vị có thể tham gia các lớp học[2] cùng với sử dụng thiết bị luyện tập và các tiện nghi khác. Ngoài ra, SilverSneakers FLEX® cung cấp cho quý vị các tùy chọn để hoạt động bên ngoài các phòng tập thể dục truyền thống (như trung tâm giải trí, trung tâm thương mại và công viên). SilverSneakers cũng kết nối quý vị với mạng lưới suppoer và các lớp học ảo thông qua SilverSneakers LIVE™, video SilverSneakers On--Demand™ và ứng dụng di động của chúng tôi, SilverSneakers GO™. Quý vị cũng có thể truy cập vào Stitch[3], một trang web xã hội trực tuyến cho người cao niên, nơi quý vị có thể tham gia các hoạt động và sự kiện trực tiếp và trực tuyến. Tất cả những gì quý vị cần để bắt đầu là số ID SilverSneakers cá nhân của mình. Truy cập Silversneakers.com để tìm hiểu thêm về quyền lợi hoặc gọi 1-888-423-4632 [TTY: 711] Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ ET. **Luôn nói chuyện với bác sĩ của quý vị trước khi bắt đầu bất kỳ chương trình tập thể dục.** [1]Các địa điểm tham gia (“PL”) không được sở hữu hoặc vận hành bởi Tivity Health, Inc. hoặc các công ty liên kết. Sử dụng các cơ sở và tiện nghi của PL bị giới hạn theo các điều khoản và điều kiện về tư cách hội viên cơ bản của PL. Cơ sở và tiện nghi khác nhau tùy theo PL. [2]Tư cách hội viên bao gồm các lớp thể dục nhóm do người hướng dẫn của SilverSneakers hướng dẫn. Một số địa điểm cung cấp các lớp học bổ sung cho hội viên. Các lớp học khác nhau tùy theo vị trí. [3]Stitch là một nhà cung cấp bên thứ ba và không được sở hữu hoặc điều hành bởi Tivity Health hoặc các công ty liên kết. SilverSneakers. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp.**	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Các chương trình giáo dục y tế và sức khỏe (tiếp)* hội viên phải có dịch vụ internet để truy cập dịch vụ Stitch. Phí dịch vụ Internet là trách nhiệm của hội viên SilverSneakers. **Hệ thống Ứng cứu Cá nhân Khẩn cấp (PERS)** – 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 LifeStation® cung cấp và 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 nhận PERS và bắt đầu nhận dịch vụ, gọi nhóm LifeStation 24/7 theo số 1-855-672-3269 (TTY:711) hoặc truy cập **blueshieldca.com/PERS**. * Các dịch vụ không áp dụng đối với giới hạn tự chi trả tối đa của chương trình.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Dịch vụ Thính giác Đánh giá cân bằng và thính giác chẩn đoán do PCP của quý vị thực hiện để xác định quý vị có cần điều trị y tế được bảo hiểm như là chăm sóc ngoại trú khi được cung cấp bởi một bác sĩ, nhà thính học, hoặc một nhà cung cấp đủ khả năng chuyên môn khác. • Khám thính giác định kỳ (không được Medicare bảo hiểm) (cần phải có sự chấp thuận trước từ PCP của quý vị).* • Máy trợ thính* • * Các dịch vụ không áp dụng đối với giới hạn tự chi trả tối đa của chương trình.	• Quý vị trả $0 cho khám thính giác chẩn đoán được Medicare bảo hiểm. • Quý vị trả $0 cho một lần khám thính giác định kỳ mỗi năm. • Quý vị trả $0 cho việc gắn/đánh giá máy trợ thính. • Quý vị trả $0 cho 2 máy trợ thính (tất cả các loại, cả hai tai kết hợp), giá tối đa $2,000 mỗi năm. Nếu quý vị chọn máy trợ thính có giá trên $2,000, quý vị phải chịu trách nhiệm về khoản chênh lệch.
	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. Chúng tôi cũng trả tiền cho (các) lần tầm soát HIV bổ sung khi nhà cung cấp của quý vị đề nghị.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	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 trả tiền cho các dịch vụ sau đây, và có thể chi trả 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	$0 cho mỗi lần thăm khám tại nhà được bảo hiểm.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Trị liệu tiêm truyền tại nhà Chương trình của chúng tôi thanh toán cho liệu pháp tiêm truyền tại nhà, được định nghĩa là thuốc hoặc chất sinh học được tiêm vào tĩnh mạch hoặc bôi 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; • Thiết bị, chẳng hạn như một bơm; **và** • Các tiếp liệu, chẳng hạn đường ống hoặc ống thông. Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ truyền dịch tại nhà bao gồm nhưng không giới hạn ở: • 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.	$0 cho mỗi lần khám trị liệu truyền dịch tại nhà được bao trả.
	Bữa ăn tới tận nhà Khi xuất viện từ bệnh viện nội trú hoặc nằm tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chúng tôi bao trả: • 22 bữa ăn và 10 đồ ăn nhẹ mỗi lần xuất viện • Các bữa ăn và đồ ăn nhẹ sẽ được chia thành tối đa ba lần giao hàng riêng biệt khi cần thiết • Bảo hiểm được giới hạn ở hai lần xuất viện mỗi năm Để biết thêm thông tin, gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan (số điện thoại được in trên bìa sau của tài liệu này). * Các dịch vụ không áp dụng đối với giới hạn tự chi trả tối đa của chương trình	$0 cho mỗi lần giao tại nhà được bảo hiểm.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Chăm sóc giai đoạn cuối đời 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. 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. Chương trình phải giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời được Medicare chứng nhận. Bác sĩ bệnh viện cho bệnh nhân giai đoạn cuối có thể là một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Chương trình chúng tôi thanh toán cho những mục sau đây khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời: • Thuốc để điều trị các triệu chứng và đau • Chăm sóc nghỉ ngơi ngắn hạn • Chăm sóc tại nhà **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.** • Tham khảo **Mục F** của chương này để tìm hiểu thêm. **Với các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bảo hiểm nhưng không được Medicare Phần A hoặc B bảo hiểm:** • Chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ không được bảo hiểm theo Medicare Phần A hoặc B. Chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ đó 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. **Đối với thuốc mà có thể được quyền lợi Medicare Phần D của chương trình chúng tôi bảo hiểm:** • 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, tham khảo **Chương 5** *của Sổ tay Hội viên*. **Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp.**	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Chăm sóc giai đoạn cuối đời (tiếp) **Lưu ý:** Nếu quý vị cần chăm sóc không phải là chăm sóc giai đoạn cuối đời, gọi điều phối viên chăm sóc của quý vị để sắp xếp cho các dịch vụ này. Dịch vụ chăm sóc **không** phải là chăm sóc giai đoạn cuối đời là loại dịch vụ chăm sóc không liên quan đến tiên lượng tử vong của quý vị. ***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 hội viên bị bệnh cuối đời chưa chọn quyền lợi chăm sóc giai đoạn cuối đời.***	
	Tiêm phòng Chúng tôi trả 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 • Vắc-xin COVID-19 • 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 trả cho các vắc xin khác hội đủ các quy định về bảo hiểm của Medicare Phần D. Tham khảo **Chương 6** của Sổ tay Hội viên 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 cho chích ngừa được Medicare Phần B bảo hiểm.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Chăm sóc bệnh nhân nội trú tại bệnh viện Chúng tôi trả cho các dịch vụ sau đây, và dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác không được nêu tại đây: • Phòng bán cá nhân (hoặc một phòng cá nhân 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 • 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 liệu quý vị có thể được chọn tiến hành cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp cấy ghép có thể ở tại địa phương hoặc bên ngoài vùng dịch vụ. Nếu dịch vụ cấy ghép trong mạng lưới của chúng tôi nằm ngoài loại hình chăm sóc cộng đồng, quý vị có thể chọn đến địa điểm ở địa phương với điều kiện là nhà cung cấp cấy ghép địa phương sẵn sàng chấp nhận mức của Original Medicare. Nếu Blue Shield TotalDual Plan cung cấp dịch vụ cấy ghép tại một địa điểm nằm ngoài loại **Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp**	$0 Quý vị phải được chương trình của chúng tôi 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 thanh toán bao nhiêu
	Chăm sóc tại bệnh viện nội trú (tiếp) hình chăm sóc cấy ghép trong cộng đồng và quý vị chọn được cấy ghép tại vị trí xa này, chúng tôi sẽ bố trí hoặc thanh toán chi phí tạm trú và đi lại phù hợp cho quý vị và một người đi cùng. † • Máu, kể cả lưu trữ và cho dùng • Các dịch vụ bác sĩ **Lưu ý:** Để là bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp của quý vị phải viết giấy yêu cầu chấp nhận quý vị chính thức là một bệnh nhân nội trú của bệnh viện. 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 quý vị là một bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thấy những thông tin khác trong một tờ thông tin Medicare gọi là “Quý vị là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú? Nếu Quý vị Có Medicare - Hỏi!” Tờ tin này có sẵn trên trang Web tại https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi số này miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. † Cấy ghép chỉ được bảo hiểm khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị được phê duyệt trước (đôi khi được gọi là "ủy quyền trước") từ chúng tôi.	

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Các dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần Chúng tôi 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 thanh toán cho 190 ngày đầu tiên. Sau đó, cơ quan sức khỏe tâm thần của quận tại địa phương sẽ thanh toán cho các dịch vụ tâm thần nội trú cần thiết về mặt y tế. Việc cấp giấy phép chăm sóc sau 190 ngày do cơ quan sức khỏe tâm thần của quận tại địa phương điều phối. o 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 thanh toán cho các dịch vụ quý vị dùng tại Cơ sở Điều trị Bệnh TâmThần (Institute for Mental Diseases - IMD).	$0

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

	Nằm viện nội trú: Các dịch vụ tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) được bảo hiểm trong trường hợp nội trú không được bảo hiểm
	
	Chúng tôi không thanh toán cho trường hợp nội trú của quý vị nếu điều đó không hợp lý và cần thiết về mặt y tế.
	
	Tuy nhiên, trong một số trường hợp không được chăm sóc nội trú, chúng tôi 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, hãy liên hệ với phòng Bộ phận Chăm sóc Khách hàng.
	
	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 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 thiết bị thay thế cho tất cả hoặc một phần của:
	  ○ Cơ quan nội tạng cơ thể (bao gồm mô kế cận), **hoặc**
	  ○ 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 quý vị.
	• Vật lý trị liệu, ngữ âm trị liệu, và hoạt động trị liệu
		$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Các dịch vụ và vật dụng cho bệnh thận Chúng tôi trả cho các dịch vụ sau đây: • Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để dạy cách chăm sóc thận và giúp quý vị 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 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 trong **Chương 3** của *Sổ tay Hội viên*, hoặc khi tạm thời không có hoặc không tiếp cận được nhà cung cấp của quý vị cho dịch vụ nafy. • Điều trị bằng lọc thận nội trú nếu quý vị được nhập viện theo hình thức nội trú 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, tham khảo "Thuốc theo toa Medicare Phần B" trong bảng dưới đây.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Tầm soát ung thư phổi Chương trình của chúng tôi trả tiền cho cuộc khám truy tầm ung thư phổi mỗi 12 tháng nếu quý vị: • Từ tuổi 50-77, **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 20 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 cuộc khám truy tầm đầu tiên, chương trình của chúng tôi trả cho cuộc khám mỗi năm sau đó nếu có đơn viết từ bác sĩ hoặc nhà chăm sóc sức khỏe hội đủ điều kiện khác.	$0
	Liệu 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. Nó cũng dành cho sau khi cấy ghép thận nếu được *bác sĩ của quý vị* đề nghị. Chúng tôi 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. Chúng tôi có thể phê duyệt các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y khoa. Chúng tôi 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 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 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.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Chương trình Phòng ngừa Tiểu đường Medicare (MDPP) Các chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán 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.	$0
	Thuốc theo toa Medicare Phần B Các thuốc này được bảo hiểm theo Phần B Medicare. Chương trình chúng tôi thanh toán cho các thuốc sau đây: • Các thuốc mà quý vị không thường tự sử dụng và được tiêm hoặc truyền khi quý vị nhận các dịch vụ của bác sĩ, bệnh viện ngoại trú, hoặc trung tâm phẫu thuật ngoại trú • Các thuốc mà quý vị sử dụng bằng thiết bị y tế lâu bền (như máy tạo khí quản) mà chương trình chúng tôi đã 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. Chúng tôi trả các thuốc này 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 loại thuốc chống ung thư và chống buồn nôn dạng uống ***Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp***	$0 (Vui lòng cung cấp cho bác sĩ hoặc nhà thuốc của quý vị cả thẻ Blue Shield TotalDual Plan ID và Thẻ Nhận dạng Quyền lợi Y tế của quý vị)

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Thuốc theo toa Medicare Phần B (tiếp) • Một số loại thuốc cho việc chạy thận tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc cho heparin (khi cần thiết về mặt y tế), thuốc gây tê tiếp xúc và các tác nhân kích thích tạo hồng cầu (chẳng hạn như Epoetin Alfa, Aranesp®, hoặc Darbepoetin Alfa) • Globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch để điều trị tại nhà cho bệnh suy giảm miễn dịch tiên 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. **Chương 5** của Sổ tay Hội viên cho biếtcác quyền lợi thuốc theo toa ngoại trú của chúng tôi. Phần này giải thích về các nguyên tắc quý vị phải tuân theo để được bảo hiểm thuốc theo toa của mình. **Chương 6** của Sổ tay Hội viên cho biết quý vị sẽ phải trả những khoản tiền nào cho các thuốc theo toa ngoại trú qua chương trình của chúng tôi.	

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán 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 trả cho gồm có, nhưng không chỉ, là các dịch vụ sau đây: • Phòng nửa riêng nửa chung (hay một 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 lưu trữ và cho dùng • 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 thanh toán 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 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 hoặc bạn đời sống chung của quý vị đang sống tại đó vào lúc quý vị rời bệnh viện.	
🍎	**Tầm soát béo phì và liệu pháp giảm cân** Nếu quý vị có chỉ số cơ thể (BMI) từ 30 trở lên, chúng tôi thanh toán cho dịch vụ tư vấn 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 thanh toán bao nhiêu
	Dịch vụ (OTP) chương trình điều trị Opioid (Opioid Treatment Program) Chương trình của chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây để điều trị rối loạn sử dụng opioid (OUD): • Các hoạt động tiếp nhận • Đánh giá định kỳ • 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 trả cho các dịch vụ sau đây, và dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác không được nêu tại đây: • 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 lưu trữ và cho dùng • Các thủ thuật kiểm tra chẩn đoán ngoại trú khác *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán 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 o 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." o Đôi khi quý vị có thể ở trong bệnh viện qua đêm và vẫn là bệnh nhân "ngoại trú." o Quý vị có thể nhận thêm thông tin về nội trú hoặc ngoại trú trong tờ thông tin này: www.medicare.gov/media/11101 • 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 **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. Quý vị cũng có thể tìm thấy những thông tin khác trong một tờ thông tin Medicare gọi là "Quý vị là bệnh nhân nội trú hay ngoại ***Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp***	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Các dịch vụ bệnh viện ngoại trú (tiếp) trú? Nếu quý vị Medicare – Hỏi!" Tờ tin này có sẵn trên trang Web tại https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi số này miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. *Các quy định về cấp giấy cho phép có thể sẽ áp dụng cho các dịch vụ. Quý vị nên nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị và xin giấy giới thiệu.*	

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú Chúng tôi thanh toán 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 hoặc 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 ***Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp***	$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu theo cá nhân hoặc nhóm.
	Chăm sóc sức khỏetâm thần ngoại trú (tiếp) • 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 dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú Chúng tôi thanh toán 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.	$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: • Tầm soát 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	$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu theo cá nhân hoặc nhóm.
	Giải Phẫu ngoại trú Chúng tôi thanh toán cho phẫu thuật ngoại trú và các dịch vụ tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện và trung tâm phẫu thuật ngoại trú. **Lưu ý:** Nếu quý vị được phẫu thuật trong một cơ sở bệnh viện, quý vị nên kiểm tra với nhà cung cấp của quý vị về việc quý vị sẽ là một bệnh nhân nội trú hay ngoại trú. Nếu các nhà cung cấp không viết một lệnh chấp nhận quý vị là một bệnh nhân nội trú đến bệnh viện thì quý vị là một bệnh nhân ngoại trú và phải trả những khoản chia sẻ chi phí cho phẫu thuật ngoại trú. Thậm chí nếu qúy vị nằm viện qua đêm, quý vị vẫn có thể là một "bệnh nhân ngoại trú".	$0 cho mỗi lần đến trung tâm phẫu thuật cấp cứu và cơ sở bệnh viện ngoại trú.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Các mục mua không cần toa (OTC) Quý vị được hưởng khoản trợ cấp hàng quý là $210 cho thuốc và vật tư OTC trong danh mục 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 hướng dẫn đặt hàng có sẵn trực tuyến tại blueshieldca.com/medicareOTC. Quý vị có thể đặt các hạng mục qua điện thoại theo số (888) 628-2770 [TTY: 711], Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều hoặc trực tuyến blueshieldca.com/medicareOTC. Các đơn hàng sẽ được chuyển miễn phí cho quý vị. Vui lòng đợi khoảng 14 ngày làm việc để giao hàng. Quyền lợi này có hiệu lực vào ngày đầu tiên của mỗi quý (ngày 1 tháng 1, ngày 1 tháng 4, ngày 1 tháng 7 và ngày 1 tháng 10). Quý vị có thể đặt **hai đơn hàng** mỗi quý và không thể chuyển khoản trợ cấp chưa dùng của quý vị sang quý tiếp theo. Một số giới hạn áp dụng. Tham khảo Danh mục OTC để tìm hiểu thêm. * Các dịch vụ không áp dụng đối với giới hạn tự chi trả tối đa của chương trình.	$0
	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.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ, kể cả thăm khám tại văn phòng của bác sĩ Chúng tôi trả 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: o Văn phòng của bác sĩ o Trung tâm giải phẫu ngoại trú được chứng nhận o Phòng ngoại trú của bệnh viện • Tham vấn, chẩn đoán và điều trị bởi một bác sĩ chuyên khoa • Kiểm tra thính giác và cân bằng cơ bản do *nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị cung cấp*, nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu điều đó để tìm hiểu xem quý vị có cần điều trị hay không Một số dịch vụ chăm sóc telehealth, bao gồm cả các dịch vụ dành cho dịch vụ bác sĩ để điều trị các tình trạng không khẩn cấp 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 hơn thế nữa. o Quý vị có tùy chọn nhận các dịch vụ này thông qua lần thăm trực tiếp hoặc qua telehealth. Nếu quý vị chọn nhận một trong những dịch vụ này bằng telehealth, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp dịch vụ qua telehealth. o Xem mục "Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa bổ sung" trong Bảng Quyền lợi Y tế để biết thêm thông tin. • Dịch vụ Telehealth cho các lần thăm khám liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) hàng tháng cho các hội viên chạy thận tại nhà trong một trung tâm lọc thận tại bệnh viện hoặc đến bệnh viện, cơ sở lọc thận hoặc 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 thanh toán bao nhiêu
	Các dịch vụ khám bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm đến khám tại phòng khám bác sĩ (tiếp) • Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng đột quỵ • Các dịch vụ Telehealth dành cho các hội viên mắc chứng rối loạn sử dụng dược chất hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần xảy ra đồng thời • Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị rối loạn sức khỏe tâm thần nếu: o Quý vị có lần thăm khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước lần thăm khám sức khỏe từ xa đầu tiên o Quý vị thăm khám trực tiếp 12 tháng một lần trong khi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa này o Có thể thực hiện các ngoại lệ ở trên cho một số trường hợp nhất định • Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cho các lần thăm khám sức khỏe tâm thần do Phòng khám Sức khỏe Nông thôn và Các Trung tâm Y tế Đủ Điều kiện Liên bang cung cấp. • Đăng ký ảo (ví dụ: qua điện thoại hoặc trò chuyện video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút **nếu** o Quý vị không phải là bệnh nhân mới **và** o Đăng ký không liên quan đến lần thăm khám tại phòng khám trong 7 ngày qua **và** o Đăng ký không dẫn đến lần thăm khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất • Đánh giá video và/hoặc hình ảnh quý vị đã gửi cho bác sĩ và diễn giải và theo dõi bởi bác sĩ của quý vị trong vòng 24 giờ **nếu** o Quý vị không phải là bệnh nhân mới **và** ***Xem tiếp quyền lợi này ở trang kế tiếp***	

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Các dịch vụ khám bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm đến khám tại phòng khám bác sĩ (tiếp) ○ Đánh giá không liên quan đến lần thăm khám tại phòng khám trong 7 ngày qua **và** ○ Đánh giá không dẫn đến lần thăm khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất • 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 nhà cung cấp khác trong mạng lưới* trước phẫu 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 dịch vụ điều trị bệnh chân Chúng tôi trả 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) • Dịch vụ chăm sóc chân thường xuyên cho các hội viên có bệnh trạng ảnh hưởng đến các phần chi dưới, ví dụ như bệnh tiểu đường • Dịch vụ chăm sóc chân định kỳ (không được Medicare bảo hiểm)*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Khám tầm soát ung thư tuyến tiền liệt Với phái nam từ 50 tuổi trở lên, chúng tôi thanh toán 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)	$0
	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 cho các bộ phận giả sau đây, và có thể 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 thanh toán cho một số vật dụng nào đó liên quan đến các bộ phận giả Chúng tôi cũng thanh toán 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. Tham khảo "Chăm sóc nhãn khoa" sau đây trong bảng này để biết chi tiết.	$0

	Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả	Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Các dịch vụ phục hồi chức năng phổi Chúng tôi thanh toán cho các chương trình phục hồi chức năng phổi cho hội viên bị bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (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 trả cho các dịch vụ hô hấp cho bệnh nhân phải thở máy.	$0
🍎	**Khám sàng lọc và tư vấn bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI)** Chúng tôi thanh toán cho việc tầm soát bệnh chlamydia, lậu (gonorrhea), giang mai (syphilis), và viêm gan B. Các dịch vụ tầm soát này được đài thọ 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 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 trả cho các buổi tư vấn này theo dạng phòng ngừa chỉ khi 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 thanh toán bao nhiêu
	Chăm sóc tại Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) 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: • 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 • 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 lưu trữ và cho dùng • 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 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 hoặc bạn đời sống chung của quý vị sống tại đó vào lúc quý vị rời bệnh viện.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Liệu pháp Tập thể dục được Giám sát (SET) Chúng tôi 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 của chúng tôi thanh toán 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 SET có thể được bảo hiểm trên 36 phiên trong 12 tuần cho thêm 36 phiên trong một khoảng thời gian dài nếu một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe coi là cần thiết về mặt y tế.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Vận chuyển: Vận chuyển y tế không phải là 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** Tùy theo dịch vụ, có thể cần phải xin cấp giấy cho phép trước. Lưu ý: Các trường hợp vận chuyển sẽ do Call the Car sắp xếp. Hội viên phải liên lạc Call the Car theo số (855) 200-7544 [TTY: 711] phục vụ 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần. *Phải bố trí phương tiện đi lại trước ít nhất 24 giờ. Call the Car cung cấp một ứng dụng di động (CTC-Go) có thể được hội viên Blue Shield TotalDual Plan sử dụng để điều phối vận chuyển chăm sóc sức khỏe. CTC-Go cho phép quý vị xem lại các đặt phòng sắp tới hoặc trước đây, sắp hạng xe, theo dõi tài xế của quý vị, hủy đặt chỗ hiện có và lên lịch đặt chỗ mới. CTC-Go có sẵn trên iOS và Android. Tìm kiếm cửa hàng ứng dụng "CTC-Go" và tải xuống ứng dụng. ** Các dịch vụ không áp dụng đối với giới hạn tự chi trả tối đa của chương trình.*	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Vận chuyển: 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. Việc vận chuyển là cần thiết cho mục đích nhận dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết, bao gồm đến các cuộc hẹn nha khoa và nhận thuốc theo toa. Quyền lợi này không giới hạn quyền lợi vận chuyển y tế không phải là cấp cứu của quý vị.	$0
	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 (ví dụ, khi quý vị đang ở ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chương trình hoặc vào cuối tuần). Bảo hiểm Toàn cầu.* Quý vị không có giới hạn kết hợp hàng năm cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc các dịch vụ khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ. Các dịch vụ bên ngoài Hoa Kỳ và các lãnh thổ của Hoa Kỳ không áp dụng cho giới hạn chi trả tối đa của chương trình. * Các dịch vụ không áp dụng đối với giới hạn tự chi trả tối đa của chương trình.	$0

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Chăm sóc thị giác* Chúng tôi trả cho các dịch vụ sau đây: • Khám Mắt Định kỳ • Kính áp tròng hoặc kính mắt (gọng và mắt kính) *Cần phải xin phép trước (chấp thuận trước)* ***cho*** *việc khám mắt định kỳ và các tài liệu*. Sử dụng *Danh mục Nhãn khoa* hoặc vào **blueshieldca.com/find-a-doctor** vị trí nhà cung cấp đang tham gia trong mạng lưới Vision Service Plan (VSP) (Quản trị viên của Blue Shield Vision Plan). * Các dịch vụ không áp dụng đối với giới hạn tự chi trả tối đa của chương trình. Chúng tôi 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 thanh toán cho một lần tầm soát cao nhãn áp mỗi năm. Những người có nguy cơ mắc bệnh tăng nhãn áp cao bao gồm: • Người có tiền sử gia đình bị cao nhãn áp • Người bị tiểu đường • Người Hoa Kỳ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên • Người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên Chúng tôi thanh toán cho một cặp kính mắt hoặc kính áp tròng sau mỗi cuộc phẫu thuật đục thủy tinh thể khi bác sĩ gắn kính nội nhãn. Nếu quý vị trải qua hai cuộc phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị phải nhận một cặp kính mắt sau mỗi cuộc phẫu thuật đó. Quý vị không được nhận hai cặp kính mắt sau cuộc phẫu thuật thứ hai, ngay cả khi quý vị không nhận cặp kính mắt sau cuộc phẫu thuật lần thứ nhất.	Quý vị trả $0 cho một lần khám mỗi năm. Quý vị trả $0 cho một trong hai loại kính áp tròng **HOẶC** cho một cặp kính mắt (gọng kính và tròng kính) có giá lên đến $350 mỗi năm. Nếu quý vị chọn kính áp tròng hoặc kính mắt (gọng kính và mắt kính) có giá trên $350, quý vị chịu trách nhiệm về khoản chênh lệch.

Các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả		Quý vị phải thanh toán bao nhiêu
	Thăm khám phòng ngừa "Chào mừng đến Medicare" Chúng tôi bao trả 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

Bảng Thủ thuật Quyền lợi Nha khoa Định kỳ

Bao gồm các quyền lợi nha khoa định kỳ cho tất cả các Hội viên trong chương trình này

Bảng Thủ thuật Quyền lợi Nha khoa Định kỳ sau đây cho thấy các thủ thuật nha khoa cụ thể được bảo hiểm bởi quyền lợi nha khoa định kỳ và số tiền quý vị sẽ trả cho các thủ thuật đó. Các dịch vụ được liệt kê là các quyền lợi được bao trả khi được cung cấp bởi một nha sĩ trong mạng lưới, được cấp phép và khi cần thiết và theo thông lệ được xác định bởi các tiêu chuẩn hành nghề nha khoa được chấp nhận chung.

Quan trọng: Xin lưu ý rằng các thủ thuật không được liệt kê sẽ không được bảo hiểm.

Quan trọng: Một số dịch vụ nha khoa không được bảo hiểm trong bất kỳ điều kiện nào (còn được gọi là Loại trừ) và một số dịch vụ nha khoa chỉ được bảo hiểm trong các điều kiện cụ thể (còn được gọi là Giới hạn).
Vui lòng tham khảo "Các giới hạn chung" và "Các loại trừ chung" được liệt kê sau bảng quyền lợi này để biết thêm thông tin.

Quyền lợi sẽ được cung cấp cho các thủ thuật nha khoa cụ thể cần thiết để điều trị các tình trạng nha khoa cấp cứu, cấp tính, đau đớn hoặc nhiễm trùng được chỉ định, hoặc khi được cung cấp theo cách phù hợp với tiêu chuẩn chăm sóc được công nhận chuyên nghiệp. Chương

trình bảo lưu quyền xem xét tài liệu đã nộp về các điều kiện nêu trên để xác định bảo hiểm về mặt hành chính, bởi giám đốc nha khoa của Chương trình.

Các tình trạng đặc trưng bởi đau cấp tính hoặc nhiễm trùng bao gồm:

- Đau cấp tính cần lấy tủy răng ngay lập tức;
- Đau cấp tính cần nhổ hoặc loại bỏ răng và/hoặc rạch và dẫn lưu;
- Áp xe nha chu cấp tính cần các thủ thuật nha chu khẩn cấp.

Các điều kiện phục hồi khẩn cấp bao gồm:

- Một răng đang được phục hình được bắt đầu bằng cách trám (Phục hồi Cơ bản), nhưng do mức độ sâu/gãy được tìm thấy trong quá trình phục hình, bây giờ bắt buộc phải đặt mão răng đúc (Phục hồi Chính).

Các dịch vụ được liệt kê với mã quy trình của Hiệp hội Nha khoa Hoa Kỳ (ADA) dựa trên thuật ngữ nha khoa hiện hành. Luật liên bang yêu cầu sử dụng mã ADA để báo cáo các thủ thuật nha khoa. Các mã thủ thuật có thể được ADA sửa đổi theo thời gian. Do đó, Chương trình có thể sửa đổi danh sách mã này theo yêu cầu của pháp luật. Quý vị có thể nhận danh sách mã ADA cập nhật bằng cách liên hệ với bộ phận dịch vụ khách hàng của Quản trị viên Chương trình Nha khoa (DPA) theo số **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần (trừ ngày lễ) từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và các ngày trong tuần từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9.

Mã ADA	Mô tả ADA về các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Quý vị phải trả bao nhiêu
Các Dịch vụ Chẩn đoán		
D0150	Đánh giá miệng toàn diện - bệnh nhân mới hoặc đã biết rõ	$0
D0171	Đánh giá lại, thăm khám tại phòng khám sau phẫu thuật	$0
D0190	Tầm soát bệnh nhân	$0
D0191	Đánh giá bệnh nhân	$0
D0251	Hình ảnh chụp quang tuyến răng hàm ngoài miệng	$0
D0415	Thu thập vi sinh để cấy và kiểm tra sự nhạy cảm	$0
D0425	Kiểm tra sự nhạy cảm với bệnh sâu răng	$0
D0460	Kiểm tra độ sống của tủy	$0
D0470	Khuôn đúc chẩn đoán	$0
D0472	Tiếp cận mô, khảo sát tổng quát, soạn thảo và chuyển văn bản báo cáo	$0
D0473	Tiếp cận mô, khảo sát tổng quát và dưới kính hiển vi, soạn thảo và chuyển văn bản báo cáo	$0

Mã ADA	Mô tả ADA về các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Quý vị phải trả bao nhiêu
D0474	Tiếp cận mô, khảo sát tổng quát và dưới kính hiển vi, kể cả đánh giá bờ phẫu thuật để tìm sự hiện diện của bệnh, soạn thảo và chuyển văn bản báo cáo	$0
Dịch vụ Phòng ngừa		
D1110	Làm sạch răng – người lớn	$0
D1206	Trám men florua cục bộ	$0
D1208	Thoa chất florua cục bộ - không bao gồm trám	$0
D1353	Sửa chất trám răng - trên mỗi răng	$10
D1520	Hàm giữ khoảng - tháo được – một bên – mỗi cung phần tư hàm	$70
Dịch vụ Phục hồi		
D2140	Trám răng bằng bột trám thủy ngân, một bề mặt, răng sữa hoặc răng vĩnh viễn	$0
D2510	Trám trong răng - kim loại - một bề mặt	$170
D2520	Trám trong răng - kim loại - hai bề mặt	$180
D2530	Trám trong răng - kim loại - từ ba bề mặt trở lên	$190
D2542	Trám ngoài răng - kim loại - hai bề mặt	$185
D2543	Trám ngoài răng - kim loại - ba bề mặt	$195
D2544	Trám ngoài răng - kim loại - từ bốn bề mặt trở lên	$215
D2610	Trám trong răng - sứ/gốm- một bề mặt	$295
D2620	Trám trong răng - sứ/gốm- hai bề mặt	$330
D2630	Trám trong răng - sứ/gốm - ba bề mặt hoặc nhiều hơn	$350
D2642	Trám ngoài răng - sứ/gốm - hai bề mặt	$325
D2643	Trám ngoài răng - sứ/gốm - ba bề mặt	$360
D2644	Trám ngoài răng - sứ/gốm - bốn bề mặt hoặc nhiều hơn	$380
D2650	Trám trong răng - composite/nhựa - một bề mặt	$195
D2651	Trám trong răng - composite/nhựa - hai bề mặt	$220
D2652	Trám trong răng - composite/nhựa - ba bề mặt hoặc nhiều hơn	$255
D2662	Trám ngoài răng - composite/nhựa - hai bề mặt	$250
D2663	Trám ngoài răng - composite/nhựa - ba bề mặt	$275
D2664	Trám ngoài răng - composite/nhựa - bốn bề mặt hoặc nhiều hơn	$320
D2720	Mão răng - nhựa với kim loại rất quý	$320
D2722	Mão răng - nhựa với kim loại quý	$260
D2750	Mão răng - sứ bọc ngoài kim loại rất quý	$380
D2752	Mão răng - bọc ngoài kim loại quý	$320
D2753	Mão răng - sứ bọc ngoài hợp kim titan và titan	$380
D2780	Mão răng, kim loại rất quý đúc khuôn 3/4	$380

Mã ADA	Mô tả ADA về các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Quý vị phải trả bao nhiêu
D2782	Mão răng, kim loại quý đúc khuôn 3/4	$320
D2790	Mão răng - kim loại rất quý đúc khuôn toàn bộ	$380
D2792	Mão răng - kim loại quý đúc khuôn toàn bộ	$320
D2794	Mão răng - titan	$380
D2921	Gắn lại mảnh răng vỡ, gờ cắn hoặc múi răng	$50
D2929	Mão răng sứ/gốm chế tạo sẵn - răng sữa - răng cửa sữa	$75
D2940	Phục hồi phòng bệnh	$0
D2981	Sửa trám trong răng do hỏng vật liệu phục hình	$25
D2982	Sửa trám ngoài răng do hỏng vật liệu phục hình	$25
D2983	Sửa lớp dán do hỏng vật liệu phục hình	$25
Dịch vụ Nội nha		
D3110	Chóp tủy - trực tiếp (không bao gồm giai đoạn phục hồi cuối cùng)	$0
D3331	Điều trị tắc nghẽn rút tủy răng; nội soi không phẫu thuật	$0
D3333	Sửa các khuyết tật biến dạng răng bên trong	$50
D3346	Tái điều trị liệu pháp ống chân răng trước đó - răng cửa	$0
D3348	Tái điều trị liệu pháp ống chân răng trước đó - răng hàm	$0
D3353	Đóng chóp/canxi hóa lại - thăm khám lần cuối (bao gồm chân răng hoàn chỉnh	$80
D3450	Cắt cụt chân răng - mỗi chân răng	$85
D3920	Thủ thuật cắt đôi răng (bao gồm bất kỳ loại bỏ chân răng nào), không bao gồm liệu pháp rút tủy răng	$150
Dịch vụ Nha chu		
D4212	Cắt nướu hoặc chỉnh hình nướu để tạo đường tiếp cận cho thủ thuật phục hình, cho mỗi răng	$85
D4240	Thủ thuật vạt nướu, bao gồm cả cạo vôi chân răng - răng liền kề từ bốn chiếc trở lên hoặc các khoảng bao quanh răng cho mỗi cung phần tư hàm	$150
D4241	Thủ thuật vạt nướu- bao gồm cả cạo vôi chân răng - răng liền kề từ một đến ba chiếc hoặc các khoảng bao quanh răng cho mỗi cung phần tư hàm	$225
D4245	Vạt nướu định vị phía đỉnh	$75
D4260	Phẫu thuật xương (bao gồm mở và đóng vạt nướu) - răng liền kề từ bốn chiếc trở lên hoặc các khoảng bao quanh răng cho mỗi cung phần tư hàm	$0
D4263	Ghép thay xương - răng tự nhiên giữ lại - chỗ đầu tiên trong cung phần tư hàm	$225

Mã ADA	Mô tả ADA về các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Quý vị phải trả bao nhiêu
D4264	Ghép thay xương - răng tự nhiên giữ lại - mỗi chỗ thêm trong cung phần tư hàm	$80
D4270	Thủ thuật ghép mô mềm có cuống	$225
D4274	Thủ thuật vạt bớt mô ở giữa/xa một răng (khi không được thực hiện cùng với các thủ thuật phẫu thuật trong cùng vùng)	$225
D4277	Thủ thuật ghép mô mềm tự do (bao gồm cả phẫu thuật chỗ cho mô), răng đầu tiên hoặc vị trí răng ở khu vực không có răng	$295
D4278	Thủ thuật ghép mô mềm tự do (bao gồm cả phẫu thuật chỗ cho mô), mỗi răng hoặc vị trí răng ở khu vực không có răng cùng chỗ ghép bổ sung	$295
D4921	Bơm rửa nướu - mỗi cung phần tư hàm	$0
Dịch vụ Chỉnh nha (Có thể tháo rời)		
D5110	Toàn hàm giả - hàm trên	$0
D5221	Một phần hàm giả hàm trên gắn ngay - đế bằng nhựa tổng hợp	$365
D5222	Một phần hàm giả hàm dưới gắn ngay - đế bằng nhựa tổng hợp	$365
D5223	Một phần hàm giả hàm trên gắn ngay- mẫu đúc khuôn kim loại với đế bằng nhựa	$415
D5224	Một phần hàm giả hàm dưới gắn ngay- mẫu đúc khuôn kim loại với đế bằng nhựa	$415
D5225	Hàm trên giả bán phần - đế dẻo (kể cả vật liệu cố định/siết chặt phần còn lại và răng)	$180
D5226	Hàm dưới giả bán phần - đế dẻo (kể cả vật liệu cố định/siết chặt phần còn lại và răng)	$180
D5670	Thay thế tất cả các răng và acrylic trong khung kim loại đúc (hàm trên)	$100
D5671	Thay thế tất cả các răng và acrylic trong khung kim loại đúc (hàm dưới)	$100
D5710	Làm lại đế của toàn phần hàm giả hàm trên	$100
D5711	Làm lại đế của toàn phần hàm giả hàm dưới	$100
D5720	Làm lại đế của một phần hàm giả hàm trên	$100
D5721	Thay đế hàm dưới giả bán phần	110$
D5820	Một phần hàm giả tạm (kể cả vật liệu cố định/siết chặt, phần còn lại và răng), hàm trên. Bao gồm bất kỳ móc cài và phần còn lại cần thiết nào.	$380
D5821	Một phần hàm giả tạm (kể cả vật liệu cố định/siết chặt, phần còn lại và răng), hàm dưới. Bao gồm bất kỳ móc cài và phần còn lại cần thiết nào.	$320

Mã ADA	Mô tả ADA về các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Quý vị phải trả bao nhiêu
Dịch vụ Chỉnh nha (Cố định)		
D6210	Cầu răng - mẫu đúc bằng kim loại rất quý	$380
D6212	Cầu răng - mẫu đúc bằng kim loại quý	$320
D6240	Cầu răng - bọc ngoài kim loại rất quý	$320
D6242	Cầu răng - bọc ngoài kim loại quý	$320
D6243	Cầu răng - sứ bọc ngoài hợp kim titan và titan	$260
D6250	Cầu răng - nhựa dẻo kết hợp với kim loại rất quý	$330
D6252	Cầu răng - nhựa dẻo kết hợp với kim loại quý	$350
D6600	Trám trong bộ phận giữ - sứ/gốm, hai bề mặt	$280
D6601	Trám trong bộ phận giữ - sứ/gốm, hai bề mặt hoặc nhiều hơn	$290
D6602	Trám trong bộ phận giữ - đúc kim loại quý cao cấp, hai bề mặt	$180
D6603	Trám trong bộ phận giữ - đúc kim loại quý cao cấp, ba bề mặt hoặc nhiều hơn	$190
D6604	Trám trong bộ phận giữ - đúc bằng phần lớn kim loại thường, hai bề mặt	$210
D6605	Trám trong bộ phận giữ - đúc bằng phần lớn kim loại thường, ba bề mặt hoặc nhiều hơn	$220
D6606	Trám trong bộ phận giữ - đúc kim loại quý, hai bề mặt	$325
D6607	Trám trong bộ phận giữ - đúc kim loại quý, ba bề mặt hoặc nhiều hơn	$360
D6608	Trám ngoài bộ phận giữ - sứ/gốm, hai bề mặt	$285
D6609	Trám ngoài bộ phận giữ - sứ/gốm, hai bề mặt hoặc nhiều hơn	$295
D6610	Trám ngoài bộ phận giữ - đúc kim loại quý cao cấp, hai bề mặt	$185
D6611	Trám ngoài bộ phận giữ - đúc kim loại quý cao cấp, ba bề mặt hoặc nhiều hơn	$195
D6612	Trám ngoài bộ phận giữ - đúc bằng phần lớn kim loại thường, hai bề mặt	$205
D6613	Trám ngoài bộ phận giữ - đúc bằng phần lớn kim loại thường, ba bề mặt hoặc nhiều hơn	$225
D6614	Trám ngoài bộ phận giữ - đúc kim loại quý, hai bề mặt	$320
D6615	Trám ngoài bộ phận giữ - đúc kim loại quý, ba bề mặt hoặc nhiều hơn	$260
D6720	Bộ phận giữ mão răng - nhựa dẻo với kim loại rất quý	$380
D6722	Bộ phận giữ mão răng - nhựa dẻo với kim loại quý	$320
D6750	Bộ phận giữ mão răng - sứ được nấu chảy với kim loại rất quý	$380
D6752	Bộ phận giữ mão răng - sứ được nấu chảy với kim loại quý	$380
D6753	Bộ phận giữ mão răng - sứ bọc ngoài hợp kim titan và titan	$320

Mã ADA	Mô tả ADA về các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Quý vị phải trả bao nhiêu
D6780	Bộ phận giữ mão răng - kim loại rất quý đúc khuôn 3/4	$380
D6782	Bộ phận giữ mão răng - kim loại quý đúc khuôn 3/4	$380
D6784	Bộ phận giữ mão răng ¾ - hợp kim titan và titan	$320
D6790	Bộ phận giữ mão răng - kim loại rất quý đúc khuôn toàn bộ	$45
D6792	Bộ phận giữ mão răng - kim loại quý đúc khuôn toàn bộ	$320
D6940	Miếng chặn áp lực	$45
Dịch vụ Phẫu thuật Miệng và Hàm mặt		
D7111	Nhổ răng, phần răng còn lại trên nướu - răng sữa	$0
D7140	Nhổ răng nhú hoặc răng chồi (mở vạt nướu và/hoặc nhổ bằng kềm forceps)	$0
D7210	Nhổ, răng nhú bằng phẫu thuật cần loại bỏ xương, cắt răng, kể cả mở vạt màng xương	$0
D7220	Nhổ răng mọc ngầm - mô mềm	$0
D7241	Nhổ răng mọc ngầm - kẹt xương toàn phần, phẫu thuật bất thường	$0
D7251	Cắt thân răng - cắt bỏ răng bán phần có chủ định	$130
D7282	Di chuyển răng đã mọc hoặc răng sai vị trí để dành chỗ cho răng khác mọc	$90
D7510	Rạch và dẫn lưu áp-xe - mô mềm trong miệng	$0
Dịch Vụ Chỉnh Hình		
D8010	Điều trị giới hạn chỉnh hình răng hàm mặt của bộ răng sữa	$1,150
D8040	Điều trị chỉnh nha giới hạn cho răng người lớn - người lớn	$1,350
D8090	Điều trị chỉnh hình răng toàn diện cho bộ răng người lớn - người lớn	$2,100
Các Dịch vụ Tổng quát Phụ thêm		
D9311	Tham khảo ý kiến chuyên gia chăm sóc sức khỏe y tế	$0
D9450	Trình bày về ca bệnh lập kế hoạch điều trị chi tiết và mở rộng	$0
D9932	Vệ sinh và kiểm tra toàn bộ răng giả tháo rời được, hàm trên	$0
D9933	Vệ sinh và kiểm tra toàn bộ răng giả tháo rời được, hàm dưới	$0
D9934	Vệ sinh và kiểm tra một phần răng giả tháo rời được, hàm trên	$0
D9935	Vệ sinh và kiểm tra một phần răng giả tháo rời được, hàm dưới	$0
D9943	Điều chỉnh khớp cắn	$10
D9944	Bảo vệ mặt cắn – dụng cụ cứng, toàn bộ vòm	$100
D9945	Bảo vệ mặt cắn – dụng cụ mềm, toàn bộ vòm	$100
D9946	Bảo vệ mặt cắn, dụng cụ cứng, một phần vòm	$100

Mã ADA	Mô tả ADA về các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Quý vị phải trả bao nhiêu
D9975	Tẩy trắng ngoài để sử dụng tại nhà, cho mỗi cung răng; bao gồm vật liệu và việc chế tạo khay riêng - giới hạn một khay tẩy và gel cho hai tuần tự điều trị	$125
D9986	Bỏ hẹn - mà không báo trước 24 giờ - mỗi 15 phút của thời gian hẹn	$10
D9987	Hủy hẹn - mà không báo trước 24 giờ - mỗi 15 phút thời gian hẹn	$10

LƯU Ý: Trừ khi quý vị yêu cầu các dịch vụ nha khoa khẩn cấp không được Medicare bảo hiểm, số tiền Chia sẻ Chi phí Hội viên được liệt kê chỉ áp dụng khi quý vị nhận các dịch vụ nha khoa từ một nha sĩ trong mạng lưới (Xem "Chăm sóc nha khoa khẩn cấp không được Medicare bảo hiểm").

LƯU Ý: Vì Blue Shield ký hợp đồng với Medicare mỗi năm, các quyền lợi nha khoa thông thường này có thể không được cung cấp vào năm tới.

Nhận Chăm sóc Nha khoa Định kỳ

Giới thiệu

Chương trình nha khoa của Blue Shield được quản lý bởi Quản trị viên Chương trình Nha khoa (DPA) ký hợp đồng, một tổ chức ký hợp đồng với Blue Shield để quản lý việc cung cấp các dịch vụ nha khoa thông qua một mạng lưới các nha sĩ có hợp đồng. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về thông tin trong mục nha khoa này, cần hỗ trợ, hoặc có bất kỳ vấn đề gì, quý vị có thể liên hệ với bộ phận chăm sóc khách hàng của DPA theo số **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần (trừ ngày lễ) từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và các ngày trong tuần từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9.

Trước khi Nhận các Dịch vụ Nha khoa Định kỳ

Quý vị có trách nhiệm đảm bảo rằng nha sĩ quý vị chọn là nha sĩ trong mạng lưới.

LƯU Ý: Trạng thái của nha sĩ trong mạng lưới có thể thay đổi. Quý vị có nghĩa vụ xác minh xem nha sĩ của mình có phải là nha sĩ trong mạng lưới hay không trong trường hợp có bất kỳ thay đổi nào đối với danh sách nha sĩ đã ký hợp đồng. Quý vị có thể lấy danh sách các nha sĩ trong mạng lưới trong khu vực của mình bằng cách liên hệ với bộ phận dịch vụ khách hàng của DPA theo số **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần (trừ ngày lễ từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và các ngày trong tuần từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9.

Thăm Nha sĩ của Quý vị

Ngay sau khi đăng ký, quý vị sẽ nhận được một gói tư cách hội viên từ DPA cho quý vị biết ngày có hiệu lực của quyền lợi cũng như địa chỉ và số điện thoại của nha sĩ trong mạng lưới hoặc nha sĩ chăm sóc chính (PCD) của quý vị. Sau ngày có hiệu lực trong gói hội viên của quý vị, quý vị có thể nhận được các dịch vụ chăm sóc nha khoa được bảo hiểm. Để đặt lịch hẹn, chỉ cần gọi đến cơ sở PCD của quý vị và tự xác định mình là Hội viên Blue Shield TotalDual Plan. Các cuộc hẹn ban đầu nên được lên lịch trong vòng bốn tuần trừ khi một thời gian cụ thể đã được yêu cầu. Các thắc mắc về tính khả dụng của cuộc hẹn và khả năng tiếp cận của nha sĩ nên được chuyển đến bộ phận dịch vụ khách hàng của DPA theo số **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần (trừ ngày lễ) từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và các ngày trong tuần từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9.

LƯU Ý: Mỗi Hội viên phải đến PCD được chỉ định của mình để nhận các dịch vụ được bảo hiểm, ngoại trừ các dịch vụ được cung cấp bởi một bác sĩ chuyên khoa được ủy quyền trước bằng văn bản của DPA hoặc cho các dịch vụ chăm sóc nha khoa cấp cứu được bảo hiểm không phải Medicare. Bất kỳ phương pháp điều trị nào khác không được bảo hiểm trong Blue Shield TotalDual Plan.

Quý vị phải liên hệ với PCD của mình về tất cả các nhu cầu chăm sóc nha khoa bao gồm các dịch vụ phòng ngừa, các vấn đề nha khoa thông thường, tư vấn với các bác sĩ chuyên khoa của chương trình, và các dịch vụ khẩn cấp (khi có thể). PCD chịu trách nhiệm cung cấp các dịch vụ chăm sóc nha khoa tổng quát và điều phối hoặc sắp xếp việc giới thiệu đến các bác sĩ chuyên khoa cần thiết khác của chương trình. Chương trình phải cho phép những giới thiệu đó.

Chương trình nha khoa chỉ trong mạng lưới này không thanh toán quyền lợi cho các nha sĩ ngoài mạng lưới. Các dịch vụ nhận được từ nha sĩ ngoài mạng lưới sẽ không được bảo hiểm, ngoại trừ trường hợp khẩn cấp về nha khoa. Khi quý vị nhận được các dịch vụ từ một nha sĩ ngoài mạng lưới, quý vị sẽ có trách nhiệm thanh toán trực tiếp cho nha sĩ đó toàn bộ số tiền mà nha sĩ đã thanh toán.

LƯU Ý: Những hội viên không theo đúng lịch hẹn khám răng định kỳ (6 tháng một lần) có thể thấy rằng họ yêu cầu các dịch vụ liên quan đến nạo túi nha chu và cạo vôi chân răng trước khi có thể hoặc sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc định kỳ như làm sạch định kỳ.

Các khoản đồng thanh toán cho Hội viên

Trước khi bắt đầu điều trị, nha sĩ sẽ thiết kế một chương trình điều trị để đáp ứng nhu cầu cá nhân của quý vị. Tốt nhất là quý vị nên thảo luận về chương trình điều trị và trách nhiệm tài chính của mình với nha sĩ trước khi bắt đầu điều trị.

Các khoản đồng thanh toán đến hạn và phải trả tại thời điểm dịch vụ hoặc khi bắt đầu chăm sóc.

Nếu quý vị cần hỗ trợ thêm trong việc lấy thông tin về chương trình điều trị của mình hoặc nếu

quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về Khoản đồng thanh toán mà quý vị phải trả cho các thủ thuật nha khoa được bảo hiểm, quý vị có thể liên hệ với bộ phận dịch vụ khách hàng của DPA theo số **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần (trừ ngày lễ) từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và các ngày trong tuần từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9.

Lựa chọn nha sĩ chăm sóc chính

Tại thời điểm ghi danh, quý vị phải chọn một nha sĩ trong mạng lưới làm PCD của mình. Nếu quý vị không chọn được một nha sĩ trong mạng lưới hoặc nha sĩ trong mạng lưới đã chọn không khả dụng, DPA sẽ yêu cầu lựa chọn một nha sĩ trong mạng lưới khác hoặc chỉ định quý vị cho một nha sĩ trong mạng lưới. Quý vị có thể thay đổi nha sĩ trong mạng lưới được chỉ định của mình bằng cách liên hệ với bộ phận dịch vụ khách hàng của DPA theo số **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần (trừ ngày lễ) từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và các ngày trong tuần từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9. Để đảm bảo rằng nha sĩ trong mạng lưới của quý vị được thông báo và danh sách đủ điều kiện của DPA là chính xác, các thay đổi đối với nha sĩ trong mạng lưới phải được yêu cầu trước ngày 21 của tháng để những thay đổi có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

Nếu nha sĩ của quý vị không còn hợp đồng với Blue Shield TotalDual Plan DPA nữa

Nếu nha sĩ trong mạng lưới đã chọn của quý vị không thể tiếp tục theo hợp đồng với DPA vì họ không thể thực hiện hoặc đã vi phạm hợp đồng, hoặc nếu DPA đã hủy hợp đồng, DPA sẽ thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước ngày chấm dứt hiệu lực của nha sĩ để quý vị có thể chọn một nha sĩ khác.

Nếu quý vị được DPA thông báo về sự cần thiết phải chọn một nha sĩ khác vì lý do này, phí nhân bản và chuyển giao chụp X-quang hoặc các hồ sơ khác sẽ được miễn. Ngoài ra, nha sĩ trong mạng lưới sẽ hoàn thành (a) một phần hoặc toàn bộ hàm giả đã được thực hiện và (b) tất cả các công việc trên mọi răng mà công việc đã bắt đầu (chẳng hạn như hoàn thành ống tủy răng đang được thực hiện và chuyển giao của mão khi răng đã được chuẩn bị).

Chăm sóc nha khoa cấp cứu được bảo hiểm không phải Medicare

Các dịch vụ khẩn cấp không được Medicare bảo hiểm có nghĩa là dịch vụ chăm sóc do nha sĩ cung cấp để điều trị tình trạng răng miệng biểu hiện là một triệu chứng ở mức độ nghiêm trọng, bao gồm cả cơn đau dữ dội, do đó Hội viên có thể không được chú ý ngay lập tức có thể dẫn đến: (i) khiến sức khỏe răng miệng của Hội viên gặp nguy hiểm nghiêm trọng, hoặc (ii) suy giảm nghiêm trọng các chức năng răng miệng.

Chăm sóc nha khoa cấp cứu được bảo hiểm không phải Medicare trong khu vực

Nếu quý vị cảm thấy mình cần chăm sóc nha khoa khẩn cấp không được Medicare bảo hiểm và quý vị đang ở trong Khu vực Dịch vụ của Blue Shield TotalDual Plan, hãy gọi ngay cho nha sĩ trong mạng lưới được chỉ định của quý vị. Các nhân viên văn phòng nha khoa sẽ tư vấn cho quý vị những gì cần làm.

Chăm sóc nha khoa cấp cứu được bảo hiểm không phải Medicare ngoài khu vực

Nếu quý vị ở ngoài Khu vực Dịch vụ của Blue Shield TotalDual Plan và yêu cầu chăm sóc nha khoa khẩn cấp không được Medicare bảo hiểm, quý vị có thể được điều trị từ bất kỳ nha sĩ nào được cấp phép. Các dịch vụ quý vị nhận được từ nha sĩ ngoài khu vực được bảo hiểm lên đến $100 (trừ đi mọi khoản đồng thanh toán cho Hội viên hiện hành) miễn là việc chuyển đến Nhà cung cấp trong Mạng lưới là rủi ro cho sức khỏe của quý vị.

Bồi hoàn cho chăm sóc nha khoa cấp cứu được bảo hiểm không phải Medicare ngoài khu vực

Quý vị sẽ được hoàn trả lên đến $100 (trừ đi mọi khoản đồng thanh toán dành cho Hội viên hiện hành) cho chi phí của các dịch vụ nha khoa khẩn cấp ngoài khu vực không được Medicare bảo hiểm. Bất cứ khi nào có thể, quý vị nên yêu cầu nha sĩ gửi hóa đơn trực tiếp cho Blue Shield theo địa chỉ được liệt kê bên dưới.

Để nhận được khoản hoàn trả, hãy gửi yêu cầu hoàn trả, biên lai thanh toán và mô tả các dịch vụ được cung cấp bằng văn bản tới:
Blue Shield of California
Claims Department
P.O. Box 1803
Alpharetta, GA 30023

Có giới hạn thời gian để nộp đơn yêu cầu. Nói chung, hóa đơn cho các dịch vụ phải được nộp cho Blue Shield trong vòng một năm kể từ ngày dịch vụ, trừ khi có lý do để nộp muộn hơn.

DPA của chúng tôi sẽ xem xét dịch vụ nha khoa khẩn cấp không được Medicare chi trả mà quý vị đã nhận và thông báo cho quý vị trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu nếu quý vị đủ điều kiện để được hoàn trả. Ngoại trừ các dịch vụ nha khoa khẩn cấp không được Medicare bảo hiểm, quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ các dịch vụ nha khoa mà quý vị nhận được bên ngoài California.

Từ chối yêu cầu bồi hoàn cho chăm sóc nha khoa cấp cứu được bảo hiểm không phải Medicare ngoài khu vực

Nếu yêu cầu bồi hoàn chi phí chăm sóc nha khoa khẩn cấp ngoài khu vực không được Medicare bảo hiểm của quý vị bị từ chối một phần hoặc toàn bộ, DPA sẽ thông báo cho quý vị biết quyết định bằng văn bản. Thông báo sẽ bao gồm lý do từ chối cụ thể và sẽ cho quý vị biết rằng quý vị có thể yêu cầu xem xét lại quyết định từ chối.

Để yêu cầu xem xét lại quyết định từ chối hoặc từ chối một phần, hãy gửi thông báo bằng văn bản cho Blue Shield TotalDual Plan trong vòng 60 ngày theo lịch kể từ ngày trên thông báo từ chối bằng văn bản.

(Để biết thêm thông tin, xem Chương 9, (*Điều cần làm nếu quý vị có một vấn đề hoặc phàn nàn (các quyết định, khiếu nại, phàn nàn về bảo hiểm)*).

Nhận ý kiến thứ hai về chăm sóc nha khoa
Quý vị có thể yêu cầu ý kiến thứ hai nếu quý vị không đồng ý hoặc thắc mắc về việc xác định chẩn đoán và/hoặc chương trình điều trị do nha sĩ trong mạng lưới của quý vị đưa ra. DPA cũng có thể yêu cầu quý vị lấy ý kiến thứ hai để xác minh sự cần thiết và sự phù hợp của việc điều trị nha khoa hoặc việc áp dụng các quyền lợi.

Ý kiến thứ hai sẽ được đưa ra bởi một nha sĩ được cấp phép kịp thời, phù hợp với bản chất tình trạng của quý vị. Yêu cầu liên quan đến các trường hợp đe dọa sức khỏe sắp xảy ra và nghiêm trọng sẽ được giải quyết nhanh chóng (ủy quyền được chấp thuận hoặc từ chối trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được yêu cầu, bất cứ khi nào có thể). Để được hỗ trợ hoặc biết thêm thông tin về các thủ tục và khung thời gian cho việc ủy quyền cho ý kiến thứ hai, hãy gọi cho bộ phận dịch vụ khách hàng DPA theo số **866-247-2486 [TTY: 711]**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần (trừ ngày lễ) từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và các ngày trong tuần từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9 hoặc viết thư đến DPA.

Ý kiến thứ hai sẽ được cung cấp tại một cơ sở nha sĩ khác trong mạng lưới, trừ khi được DPA cho phép. DPA sẽ cho phép một nhà cung cấp ngoài mạng lưới đưa ra ý kiến thứ hai nếu không có nha sĩ trong mạng lưới có trình độ phù hợp. DPA sẽ chỉ chi trả cho ý kiến thứ hai mà DPA đã chấp thuận hoặc cho phép. Quý vị sẽ được gửi một thông báo bằng văn bản nếu DPA quyết định không cho phép ý kiến thứ hai. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định này, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo với Blue Shield TotalDual Plan. Tham khảo mục *Than phiền và Kháng cáo* để biết thêm thông tin.

Điều phối quyền lợi

Chương trình này cung cấp các quyền lợi mà không liên quan đến bảo hiểm của bất kỳ chính sách bảo hiểm nhóm nào khác hoặc bất kỳ chương trình quyền lợi sức khỏe nhóm nào khác nếu chính sách hoặc chương trình kia bao trả các dịch vụ hoặc chi phí ngoài chăm sóc nha khoa. Nếu không, các quyền lợi do các bác sĩ chuyên khoa hoặc nha sĩ ngoài mạng lưới cung cấp theo Chương trình này sẽ được phối hợp với các chính sách bảo hiểm nha khoa nhóm

khác như vậy hoặc bất kỳ chương trình quyền lợi nha khoa nhóm nào. Việc xác định chính sách hoặc chương trình nào là chính sẽ được điều chỉnh bởi các quy tắc được nêu trong hợp đồng.

Nếu Chương trình này là thứ yếu, thì Chương trình này sẽ trả ít hơn:
- Số tiền mà nó sẽ phải trả trong trường hợp không có bất kỳ bảo hiểm quyền lợi nha khoa nào khác, hoặc;
- Tổng chi phí tự chi trả của Hội viên phải trả theo chương trình quyền lợi nha khoa chính miễn là các quyền lợi được bao trả theo chương trình này.

Một Hội viên phải cung cấp cho DPA và DPA có thể tiết lộ hoặc lấy từ bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc tổ chức nào khác, bất kỳ thông tin nào về Hội viên cần thiết để quản lý việc điều phối các quyền lợi. DPA, theo quyết định riêng của mình, sẽ xác định xem bất kỳ khoản bồi hoàn nào cho công ty bảo hiểm hoặc tổ chức khác có được đảm bảo theo điều khoản điều phối điều phối quyền lợi được mô tả ở đây hay không và bất kỳ khoản bồi hoàn nào như vậy sẽ được coi là quyền lợi theo hợp đồng này. DPA sẽ có quyền thu hồi từ nha sĩ, Hội viên, công ty bảo hiểm hoặc tổ chức khác, theo lựa chọn của DPA, số tiền bất kỳ quyền lợi nào do DPA trả vượt quá nghĩa vụ của mình theo điều khoản điều phối quyền lợi được mô tả ở đây.

Quy trình than phiền và kháng cáo

Cam kết của chúng tôi với quý vị là không chỉ đảm bảo chất lượng chăm sóc mà còn đảm bảo chất lượng trong quá trình điều trị. Chất lượng điều trị này mở rộng từ các dịch vụ chuyên nghiệp do các nha sĩ trong mạng lưới cung cấp đến các đại diện qua điện thoại của chúng tôi cung cấp cho quý vị sự nhã nhặn. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi hoặc khiếu nại nào về tính đủ điều kiện, việc từ chối các dịch vụ nha khoa hoặc khiếu nại, các chính sách, thủ tục hoặc hoạt động của DPA hoặc chất lượng của các dịch vụ nha khoa được thực hiện bởi một nha sĩ trong mạng lưới, quý vị có quyền nộp đơn than phiền hoặc kháng cáo với Blue Shield TotalDual Plan. Vui lòng đến *Chương 9: Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc phàn nàn (quyết định bảo hiểm, khiếu nại, phàn nàn)* để biết thêm thông tin về cách nộp đơn than phiền hoặc kháng cáo. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, gọi DPA theo số **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày mỗi tuần (trừ ngày lễ) từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và các ngày trong tuần từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9. Quý vị cũng có thể liên lạc Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan (số điện thoại được in trên bìa sau của tài liệu này).

Các hạn chế chung đối với Chương trình HMO nha khoa định kỳ

1. Khám miệng được giới hạn trong một (1) ba (3) năm dương lịch, cho mỗi nhà cung cấp hoặc địa điểm (D0150).

2. Làm sạch răng hoặc nạo túi được giới hạn ở hai (2) mỗi năm dương lịch (D1110).

3. Thoa chất florua cục bộ (không bao gồm vecni) được giới hạn ở hai (2) mỗi năm dương lịch (D1208).

4. Mão răng - sứ được nấu chảy với kim loại quý được giới hạn 2 chiếc mỗi năm dương lịch cho mỗi bệnh nhân (D2750).

5. Răng giả – một phần hàm giả hàm trên gắn ngay – mẫu đúc khuôn kim loại với đế bằng nhựa 1 mỗi 5 năm dương lịch. (D5223).

6. Nha chu - bao gồm cả cạo vôi chân răng - răng liền kề từ một đến ba chiếc hoặc các khoảng bao quanh răng cho mỗi cung phần tư hàm (D4241).

7. Hàm giả bán phần được giới hạn ở một (1) trong mười hai (12) tháng liên tiếp (D5820 và D5821).

8. Chi phí phải trả của Hội viên điều trị chỉnh hình răng có bảo hiểm bị hủy bỏ hoặc kết thúc vì bất kỳ lý do nào sẽ được tính theo phí thường dùng của Nha sĩ Chỉnh hình răng trong mạng lưới cho chương trình điều trị đó. Nha sĩ Chỉnh hình răng trong mạng lưới sẽ chia theo tỷ lệ khoản tiền của số tháng còn lại để hoàn tất chương trình điều trị đó. Hội viên sẽ thanh toán trực tiếp cho Nha sĩ Chỉnh hình răng trong mạng lưới theo thỏa thuận.

Các loại trừ chung đối với Chương trình HMO nha khoa định kỳ

1. Bất kỳ thủ thuật nào không được liệt kê cụ thể trong *Bảng Thủ thuật Quyền lợi Nha khoa Định kỳ*.

2. Bất kỳ thủ thuật nào, mà theo ý kiến chuyên môn của nha sĩ trong mạng lưới:

   a. có tiên lượng xấu khó đạt được kết quả thành công và tuổi thọ hợp lý căn cứ trên tình trạng của chiếc răng hoặc các chiếc răng và/hoặc các cấu trúc ở xung quanh, hoặc

   b. không phù hợp với các tiêu chuẩn thường được chấp nhận cho nha khoa.

3. Những dịch vụ chỉ dành cho mục đích thẩm mỹ, hoặc cho những tình trạng là kết quả của di truyền hoặc dị tật phát triển, như hở hàm ếch, dị tật hàm trên và hàm dưới, thiếu răng bẩm sinh và răng xỉn màu hoặc thiếu men răng.

4. Dụng cụ bị mất hoặc bị đánh cắp bao gồm, nhưng không chỉ là, hàm răng giả toàn phần hoặc bán phần, hàm giữ khoảng, mão răng và hàm răng giả bán phần cố định (cầu răng).

5. Các thủ thuật, dụng cụ hoặc bộ phận phục hình nếu mục đích là để thay đổi kích thước theo chiều dọc, để chẩn đoán hoặc điều trị các tình trạng bất thường của khớp thái dương - hàm dưới (temporomandibular joint, TMJ).

6. Kim loại quý cho dụng cụ có thể tháo rời, đế răng mềm vĩnh cửu hoặc bằng kim loại cho răng giả toàn phần, răng giả bằng sứ, dụng cụ neo chính xác cho hàm răng giả bán phần tháo rời hoặc toàn phần cố định (miếng trám bọc múi răng - overlay, vật cấy ghép, và các dụng cụ kèm theo), việc chế tạo theo ý muốn cá nhân hoặc thay đổi đặc điểm cho các hàm răng giả bán phần và toàn phần.

7. Các dụng cụ nha khoa và vật dụng kèm theo hỗ trợ việc cấy ghép, cấy ghép, bảo trì, tháo ra và tất cả các dịch vụ khác đi liền với một vật cấy ghép nha khoa.

8. Tư vấn về các quyền lợi không được bảo hiểm.

9. Các dịch vụ nha khoa nhận được từ bất kỳ cơ sở nha khoa nào khác ngoài nha sĩ có hợp đồng được chỉ định, chuyên gia nha khoa đã được cấp giấy cho phép trước, hoặc Nha sỹ Chỉnh hình răng trong mạng lưới trừ các dịch vụ chăm sóc nha khoa cấp cứu mô tả trong Chứng từ Bảo hiểm.

10. Tất cả các phí liên quan đến việc nhập viện, sử dụng, hoặc lưu trú tại bệnh viện, trung tâm giải phẫu ngoại trú, cơ sở chăm sóc lâu dài, hoặc cơ sở chăm sóc tương tự khác.

11. Thuốc theo toa.

12. Các chi phí nha khoa phải chịu liên quan tới bất kỳ thủ thuật nha khoa hoặc chỉnh hình răng nào đã được tiến hành trước khi Hội đủ tiêu chuẩn để tham gia Blue Shield TotalDual Plan. Các ví dụ gồm có: răng chuẩn bị đặt mão răng, việc rút tủy răng đang tiến hành, hàm răng giả toàn phần hoặc bán phần đã lấy khớp và các công việc chỉnh hình răng.

13. Thay đổi trong việc điều trị chỉnh hình răng do bất kỳ tai nạn nào.

14. Dụng cụ và/hoặc liệu pháp tập cơ để điều chỉnh khớp cắn và điều chỉnh thói quen sai.

15. Các mắc cài bằng nhựa composite hoặc bằng sứ, điều chỉnh phù hợp phần trước của băng chỉnh hình răng và những lựa chọn thẩm mỹ hoặc đặc biệt khác cho dụng cụ chỉnh hình răng tiêu chuẩn cố định hoặc có thể tháo rời.

16. Nhổ răng, khi răng không có triệu chứng nào/không bị bệnh (không có dấu hiệu hoặc triệu chứng bị bệnh hay bị nhiễm trùng), kể cả, nhưng không chỉ giới hạn ở việc nhổ chiếc răng hàm thứ ba và nhổ răng cho mục đích chỉnh hình.

17. Hàm răng giả bán phần tạm thời (stayplate), đi liền với các dụng cụ cố định hoặc tháo rời, được giới hạn cho việc thay răng cửa đã nhổ cho người lớn đang chờ lành vết thương khi chưa thể bổ sung răng đó vào hàm răng giả bán phần hiện tại.

18. Các quyền lợi về chương trình xử lý mô mềm được giới hạn cho các bộ phận, được liệt kê là các dịch vụ được bảo hiểm liệt kê trong *Bảng Thủ thuật Quyền lợi Nha khoa Định kỳ*. Nếu hội viên từ chối các dịch vụ không được bảo hiểm trong chương trình xử lý mô mềm, thì việc đó sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi các quyền lợi được bảo hiểm khác.

19. Điều trị hoặc thiết bị được cung cấp bởi nha sĩ có chuyên môn về dịch vụ phục hình răng.

20. Điều trị chỉnh nha phải được cung cấp bởi một nha sĩ được cấp phép. Chỉnh nha tự quản không được bảo hiểm.

21. Việc loại bỏ các thiết bị chỉnh nha cố định vì các lý do khác ngoài việc hoàn thành điều trị không phải là quyền lợi được bảo hiểm.

E. Các quyền lợi được bảo hiểm ngoài chương trình của chúng tôi

Chúng tôi không bảo hiểm cho các dịch vụ sau đây, nhưng chúng được cung cấp qua Original Medicare hoặc Medi-Cal tính phí theo dịch vụ.

E1. Chương trình chuyển về cộng đồng của California

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 các dịch vụ điều phối việc chuyển về của bất kỳ Tổ chức Đứng đầu CCT nào phục vụ cho quận của nơi quý vị sống. Quý vị có thể tìm danh sách các tổ chức đứng đầu CCT và các quận mà họ phục vụ trên trang mạng của Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe tại: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Với các dịch vụ điều phối việc chuyển về theo CCT

Medi-Cal 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 của quý vị

Nhà cung cấp gửi hóa đơn cho chúng tôi về các dịch vụ của quý vị. Chương trình của chúng tôi 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, chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi tại **Mục D**.

Không có thay đổi nào trong quyền lợi bảo hiểm thuốc

Chương trình CCT **không** bảo hiểm thuốc. Quý vị tiếp tục nhận quyền lợi thuốc thông thường của minh qua chương trình của chúng tôi. Để tìm hiểu thêm, tham khảo **Chương 5** *của Sổ tay Hội viên*.

Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải là dịch vụ chuyển CCT, gọi điều phối viên chăm sóc 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 hoặc cơ sở của quý vị.

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; bao gồm nhưng không giới hạn ở, các 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 trả lệ phí theo dịch vụ. Để tìm hiểu thêm, hoặc nếu quý vị cần trợ giúp tìm nha sĩ chấp nhận Nha khoa Medi-Cal, liên lạc với đường dây Dịch 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 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 Chương trình Nha khoa Medi-Cal trả lệ phí theo dịch vụ, 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, liên lạc với Phòng Cung cấp Nguồn Trợ giúp để Chọn Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe (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 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. 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. Chương trình phải giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời được Medicare chứng nhận. Bác sĩ bệnh viện cho bệnh nhân giai đoạn cuối có thể là một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Tham khảo Bảng Quyền lợi trong **Mục D** của chương này để biết thêm thông tin về những gì chúng tôi thanh toán trong khi quý vị nhận các dịch vụ chăm sóc 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 dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời gửi hóa đơn cho Medicare về các dịch vụ của quý vị. Medicare 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.

Đối với thuốc mà có thể được quyền lợi Medicare Phần D của chương trình chúng tôi bảo hiểm

- 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, tham khảo **Chương 5** *của Sổ tay Hội viên*.

Lưu ý: Nếu quý vị cần chăm sóc không phải là chăm sóc giai đoạn cuối đời, gọi điều phối viên chăm sóc của quý vị để sắp xếp cho các dịch vụ này. Dịch vụ chăm sóc không phải là chăm sóc giai đoạn cuối đời là dịch vụ chăm sóc không liên quan đến tiên lượng tử vong của quý vị.

F. Các quyền lợi không được chương trình, Medicare, hoặc Medi-Cal bảo hiểm

Mục này sẽ cho quý vị biết về những quyền lợi bị chương trình của chúng tôi loại trừ. “Loại trừ” có nghĩa là chúng tôi không thanh toán cho các quyền lợi đó. Medicare và Medi-Cal không thanh toán cho các dịch vụ đó.

Danh sách sau đây sẽ cho biết một số các dịch vụ và khoản mục chúng tôi không 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 không thanh toán cho những phúc lợi y tế được loại trừ liệt kê trong mục này (hoặc bất cứ nơi nào khác trong *Sổ tay Hội viên* này) ngoại trừ với những điều kiện cụ thể được liệt kê. Ngay cả khi quý vị nhận được các dịch vụ tại một cơ sở cấp cứu, chương trình cũng không thanh toán cho các dịch vụ. Nếu quý vị nghĩ rằng chương trình của 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 kháng cáo, tham khảo **Chương 9** *của Sổ tay Hội viên.*

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

- 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 chúng tôi liệt kê những dịch vụ này là dịch vụ được bảo hiểm.
- Việc điều trị y tế và phẫu thuật thử nghiệm, các khoản mục, và thuốc, trừ khi Medicare, một cuộc nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận, hoặc chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ đó. Tham khảo **Chương 3** *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin về các chương trình nghiên cứu 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 cần thiết về mặt y tế và được Medicare thanh toán.
- Phòng riêng trong bệnh viện, trừ khi cần thiết về mặt y tế.
- Y tá phụ trách riêng.
- Các đồ dùng cá nhân trong phòng của quý vị tại bệnh viện hay cơ sở điều dưỡng, như điện thoại hoặc tivi.
- Chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà quý vị.
- 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 thanh toán cho việc tái tạo vú sau khi cắt bỏ vú hoặc điều trị vú kia cho cân đối với nó.
- 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 thiết bị hỗ trợ bàn chân, ngoại trừ giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu dành cho người mắc bệnh về 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 chiến binh nhận các dịch vụ cấp cứu tại một bệnh viện VA và khoản đóng góp chi phí VA lớn hơn khoản đóng góp chi phí theo chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ hoàn lại cho cựu chiến binh khoản chênh lệch đó. Quý vị vẫn phải chịu trách nhiệm thanh toán các khoản chia sẻ chi phí của quý vị.

Chương 5: Mua thuốc toa ngoại trú của quý vị

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 dịch vụ qua bưu điện. Chúng bao gồm cả các thuốc được bảo hiểm theo Medicare Phần D và Medi-Cal. **Chương 6** *Sổ tay Hội viên* sẽ cho quý vị biết quý vị phải thanh toán như thế nào cho các thuốc này. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

Chúng tôi cũng bảo hiểm cho các thuốc sau đây, dù chúng không được đề cập trong chương này:

- **Các thuốc được bảo hiểm theo Medicare Phần A.** Các thuốc này thường bao gồm cả 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 nhân tạo. Để tìm hiểu thêm về việc thuốc Medicare Phần B nào được bảo hiểm, vui lòng xem Bảng Quyền lợi tại **Chương 4** *Sổ tay Hội viên*.

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

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

1. Quý vị phải yêu cầu bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác kê toa cho quý vị, đơn thuốc đó phải có hiệu lực theo luật hiện hành của tiểu bang. Người này thường là nhà cung cấp chăm sóc chính (PCP) của quý vị. Đó cũng có thể là một nhà cung cấp khác nếu nhà cung cấp chăm sóc chính của quý vị đã giới thiệu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc đó.
2. Người kê toa của quý vị **không** được nằm trong Danh sách Loại trừ hoặc Loại trừ của Medicare, Danh sách Loại trừ Medi-Cal (Medicaid) Tiểu bang và bị Tiểu bang xử phạt.
3. Nói chung quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc của chương trình.
4. Thuốc mà quý vị được kê toa phải nằm trong *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm* của chương trình chúng tôi. (Chúng tôi gọi tắt là "Danh sách 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.

- Tham khảo **Chương 9** để tìm hiểu về việc xin hưởng ngoại lệ.
- Cũng xin lưu ý rằng yêu cầu bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị sẽ được đánh giá theo cả tiêu chuẩn Medicare và Medi-Cal.

5. 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. Bác sĩ của quý vị có thể giúp quý vị xác định các tài liệu tham khảo y tế để hỗ trợ việc sử dụng thuốc được yêu cầu. 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". 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 tài liệu tham chiếu đã 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....139
A1. Mua thuốc toa của quý vị tại nhà thuốc trong mạng lưới....139
A2. Sử dụng Thẻ ID chương trình khi quý vị mua thuốc theo toa....140
A3. Cần phải làm gì nếu quý vị đổi nhà thuốc trong mạng lưới của mình....140
A4. Cần phải làm gì nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới....140
A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên khoa....141
A6. Sử dụng dịch vụ qua bưu điện để mua thuốc được không....141
A7. Mua một lượng cấp của thuốc để sử dụng lâu dài....143
A8. Sử dụng nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình chúng tôi....143
A9. Thanh toán lại cho quý vị cho một đơn thuốc....144
B. Danh mục Thuốc của chương trình chúng tôi....144

B1. Thuốc trong Danh sách Thuốc của chúng tôi 144
B2. Làm sao để tìm một loại thuốc ở trong Danh sách Thuốc của chúng tôi 145
B3. Thuốc không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi.....145
B4. Bậc chia sẻ chi phí trong Danh sách Thuốc 146
C. Giới hạn về một số thuốc 147
D. Lý do thuốc của quý vị có thể sẽ không được bảo hiểm.....148
D1. Nhận một lượng tạm thời.....149
E. Thay đổi về bảo hiểm cho thuốc của quý vị.....151
F. Bao trả thuốc trong các trường hợp đặc biệt 153
F1. Ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình chúng tôi bảo hiểm.....153
F2. Ở trong một cơ sở chăm sóc lâu dài 153
F3. Trong chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời được Medicare chứng nhận.....154
G. Các chương trình về an toàn thuốc và kiểm soát thuốc.....154
G1. Các chương trình giúp quý vị sử dụng thuốc an toàn 154
G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc của mình 155
G3. Chương trình quản lý thuốc để sử dụng thuốc opioid an toàn.....156

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 chỉ thanh toán cho thuốc 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 đồng ý cung cấp thuốc toa cho hội viên chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể sử dụng bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi.

Để tìm một nhà thuốc trong mạng lưới, quý vị có thể tra cứu *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*, truy cập vào trang web của chúng tôi hoặc liên hệ Bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc điều phối viên chăm sóc sức khỏe của quý vị.

A2. Sử dụng Thẻ ID chương trình khi quý vị mua thuốc theo toa

Để mua thuốc, **xuất trình Thẻ ID chương trình của quý vị** cho nhà thuốc trong mạng của quý vị xem. Nhà thuốc trong mạng lưới này 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.

Xin nhớ rằng, quý vị cần thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ Nhận dạng Quyền lợi (BIC) của quý vị để được tiếp cận với các thuốc được Medi-Cal Rx bảo hiểm.

Nếu quý vị không mang thẻ ID chương trình hoặc BIC khi nhận thuốc kê toa, hãy nhờ hiệu thuốc gọi điện cho chúng tôi để lấy các thông tin cần thiết.

Nếu nhà thuốc đó không thể 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 yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí mà chúng tôi phải chịu. **Nếu quý vị không thể trả tiền cho thuốc đó, luật tiểu bang và liên bang cho phép nhà thuốc cấp không ít hơn lượng cấp 72 giờ của thuốc theo toa cần thiết của quý vị trong trường hợp cấp cứu. Liên hệ bộ phận Chăm sóc Khách hàng ngay.** Chúng tôi sẽ làm mọi thứ chúng tôi có thể để trợ giúp cho quý vị.

- Để yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị, tham khảo **Chương 7** của Sổ tay Hội viên.
- Nếu quý vị cần giúp đỡ lấy thuốc kê toa, liên lạc Bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc điều phối viên chăm sóc sức khỏe của quý vị.

A3. Cần phải làm gì nếu quý vị đổi nhà thuốc trong mạng lưới của mình

Nếu quý vị đổi nhà thuốc và cần lấy tiếp thuốc kê toa, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp kê toa thuốc mới hoặc yêu cầu hiệu thuốc của quý vị chuyển toa thuốc đó đến nhà thuốc mới nếu vẫn còn thuốc.

Nếu cần trợ giúp trong việc thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới của quý vị, liên lạc với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng hay 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 dùng rời khỏi mạng lưới của chương trình của chúng tôi, quý vị phải tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới.

Để tìm một hiệu thuốc mới trong mạng lưới, tra cứu *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*, truy cập vào trang web của chúng tôi hoặc liên hệ Bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc điều phối viên chăm sóc sức khỏe 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 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 khó khăn gì đối với phúc lợi thuốc của quý vị trong một cơ sở chăm sóc lâu dài, 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 phân phối các loại thuốc bị giới hạn bởi FDA cho một số địa phương nhất định, hoặc các loại thuốc yêu cầu xử lý đặc biệt, sự phối hợp với nhà cung cấp, hoặc giáo dục về việc sử dụng chúng. (Lưu ý: Tình huống này hiếm khi xảy ra.)

Để tìm một nhà thuốc chuyên khoa, tra cứu *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*, truy cập vào trang web của chúng tôi hoặc liên hệ Bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc điều phối viên chăm sóc sức khỏe của quý vị.

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

Với một số loại thuốc nào đó, quý vị có thể sử dụng dịch vụ qua bưu điện *của mạng lưới trong chương trình chúng tôi của quý vị.* Thông thường, thuốc được cung cấp bởi dịch vụ qua bưu điện là các loại thuốc mà quý vị phải uống đều đặn dùng cho căn bệnh mạn tính hoặc phải điều trị lâu dài. Thuốc **không** được cung cấp qua nhà thuốc cung cấp dịch vụ qua bưu điện của chương trình chúng tôi được đánh dấu bằng biểu tượng NDS trong Danh sách Thuốc của chúng tôi.

Dịch vụ bưu điện của chương trình cho phép quý vị đặt mua lượng cấp tối đa 100 ngày đối với Bậc 1: Thuốc gốc Ưu tiên và lượng cấp 90 ngày đối với Bậc 2: Thuốc gốc, Bậc 3: Thuốc Chính hiệu Ưu tiên và Bậc 4: Thuốc Không được Ưu tiên. 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 nhận các mẫu đơn đặt hàng và thông tin về mua thuốc qua bưu điện, vui lòng gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số ở bìa sau của sổ tay này. Nếu quý vị sử dụng nhà thuốc cung cấp dịch vụ bưu điện không nằm trong mạng lưới của chương trình, đơn thuốc của quý vị sẽ không được bảo hiểm.

Thông thường, thuốc theo toa qua dịch vụ bưu điện đến trong vòng 14 ngày.

Tuy nhiên, đôi khi yêu cầu thuốc theo toa qua dịch vụ qua bưu điện của quý vị cũng bị chậm trễ. Nếu quý vị nhận được thông báo rằng việc vận chuyển đơn thuốc của quý vị bị chậm trễ, không có lỗi do chính quý vị, qua nhà thuốc cung cấp dịch vụ bưu điện, vui lòng liên lạc với bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số điện thoại ở bìa sau của sổ tay này. Một người đại diện Blue Shield sẽ hỗ trợ quý vị trong việc nhận đủ lượng cấp thuốc từ nhà thuốc trong mạng lưới bán lẻ địa phương, vì vậy quý vị không phải là không có thuốc cho đến khi thuốc dịch vụ qua bưu điện đến nơi. Điều này có thể yêu cầu liên hệ với bác sĩ của quý vị để yêu cầu họ điện thoại hoặc fax đơn thuốc mới đến nhà thuốc trong mạng lưới bán lẻ để biết số lượng thuốc cần thiết cần thiết cho đến khi quý vị nhận được thuốc qua dịch vụ thư.

Nếu chậm quá 14 ngày kể từ ngày đơn thuốc được đặt hàng từ nhà thuốc cung cấp dịch vụ qua bưu điện và chậm là do mất thuốc trong hệ thống thư, Bộ phận Chăm sóc Khách hàng có thể điều phối đơn hàng thay thế với nhà thuốc dịch vụ qua bưu điện.

Quy trình dịch vụ đặt mua thuốc qua bưu điện

Dịch vụ 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 toa qua bưu điện.

1. **Toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận được của quý vị**

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

2. **Toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận 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 liên hệ với quý vị để tìm hiểu 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 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.

Phản hồi mỗi lần nhà thuốc liên lạc với quý vị, để cho họ biết phải làm gì với toa thuốc mới đó và để ngăn ngừa bất kỳ mọi tình trạng chậm trễ trong vận chuyển.

3. Cấp tiếp thuốc cho toa thuốc dịch vụ qua bưu điện

Để mua tiếp, hãy liên lạc với nhà thuốc của quý vị **14** ngày trước khi toa hiện tại của quý vị hết để bảo đảm đơn hàng tiếp theo của quý vị sẽ được chuyển đến cho quý vị kịp thời.

Hãy cho nhà thuốc biết những cách tốt nhất để liên lạc với quý vị để họ có thể liên lạc với quý vị để xác nhận đơn đặt hàng của quý vị trước khi vận chuyển. Vui lòng bảo đảm thông tin liên hệ của quý vị luôn được cập nhật với Blue Shield TotalDual Plan. Nếu quý vị cần cập nhật số điện thoại hoặc địa chỉ của quý vị, vui lòng iên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng Blue Shield TotalDual 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 các loại thuốc mà quý vị phải uống đều đặn dùng cho căn bệnh mạn tính hoặc bệnh trạng y tế phải điều trị lâu dài.

Một số nhà thuốc trong mạng lưới cho phép quý vị mua một lượng thuốc duy trì để sử dụng lâu dài. *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* cho quý vị biết nhà thuốc nào có thể cho quý vị mua lượng thuốc duy trì để sử dụng lâu dài. 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 qua bưu điện của mạng lưới chương trình chúng tôi để mua một lượng cấp của thuốc duy trì để sử dụng lâu dài. Tham khảo **Mục A6** để tìm hiểu về nhà thuốc cung cấp dịch vụ qua bưu điện.

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

Nói chung, chúng tôi chỉ trả tiền cho thuốc được mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới khi quý vị không thể mua tại nhà thuốc trong mạng lưới.

Chúng tôi trả tiền cho các thuốc theo toa mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới trong những trường hợp sau đây:

- Nếu quý vị không thể nhận được thuốc được bảo hiểm kịp thời trong khu vực dịch vụ của quý vị, vì không có nhà thuốc trong mạng lưới với khoảng cách lái xe hợp lý để cung cấp dịch vụ trong 24 giờ.
- Nếu quý vị đang cố gắng mua một loại thuốc theo toa được bảo hiểm mà không thường xuyên được lưu trữ tại một nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới đủ điều kiện hoặc nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện (các loại thuốc này bao gồm thuốc mồ côi, thuốc đắt tiền và thuốc độc nhất hoặc các loại dược phẩm đặc biệt khác).

- Một số vắc-xin được quản lý tại văn phòng bác sĩ của quý vị không được bảo hiểm theo Medicare Phần B và không thể lấy một cách hợp lý tại một nhà thuốc trong mạng lưới có thể được bảo hiểm theo quyền truy cập ngoài mạng lưới của chúng tôi.
- Thuốc theo toa mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới được giới hạn cho lượng thuốc được bảo hiểm đủ dùng trong 30 ngày.

Trong những trường hợp này, hỏi Bộ phận Chăm sóc Khách hàng trước để tìm hiểu xem có nhà thuốc trong mạng lưới nào ở gần không.

A9. Thanh toán lại cho quý vị cho một đơn thuốc

Nếu quý vị mua thuốc ngoài mạng lưới, nói chung quý vị thường 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.

Nếu quý vị trả toàn bộ chi phí thuốc theo toa mà Medi-Cal Rx có thể sẽ được bảo hiểm, quý vị có thể sẽ được nhà thuốc bồi hoàn sau khi Medi-Cal Rx thanh toán cho thuốc theo toa đó. Ngoài ra, quý vị có thể yêu cầu Medi-Cal Rx trả lại cho quý vị bằng cách nộp yêu cầu "Bồi hoàn Chi phí Tự chi trả Medi-Cal (Conlan)". Quý vị có thể tìm thêm thông tin trên trang mạng của Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Để tìm hiểu thêm về việc này, tham khảo **Chương 7** của *Sổ tay Hội viên*.

B. Danh mục Thuốc của chương trình chúng tôi

Chúng tôi có *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm*. (Chúng tôi gọi tắt là "Danh sách Thuốc".)

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

Chúng tôi thường bảo hiểm một loại thuốc trong Danh sách Thuốc của chương trình khi quý vị tuân theo các quy tắc mà chúng tôi giải thích trong chương này.

B1. Thuốc trong Danh sách Thuốc của chúng tôi

Danh sách Thuốc của chúng tôi có các thuốc được Medicare bảo hiểm.

Hầu hết các thuốc theo toa mà quý vị mua tại nhà thuốc đều được chương trình của quý vị bảo hiểm. Các thuốc khác, như một số thuốc không cần toa (OTC) và một số vitamin nhất định, có thể sẽ được Medi-Cal Rx bảo hiểm. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi Trung tâm Dịch vụ Khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ Nhận dạng Người thụ hưởng Medi-Cal (BIC) khi nhận đơn thuốc của quý vị qua Medi-Cal Rx.

Danh sách Thuốc của chúng tôi bao gồm các thuốc chính hiệu, thuốc gốc, và các sinh học.

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

Thuốc gốc có cùng thành phần hoạt chất như thuốc thương hiệu. Vì các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các thuốc thông thường, thay vì có một dạng gốc, chúng có các lựa chọn thay thế được gọi là các sinh vật khác nhau. Nói chung, thuốc gốc và thuốc tương tự sinh học hoạt động giống như thuốc biệt dược và thường có giá thấp hơn. Có những thuốc gốc thay thế hoặc thuốc tương tự sinh học thay thế cho nhiều thuốc thương hiệu. Nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị nếu quý vị có thắc mắc liệu một loại thuốc gốc hoặc một thuốc chính hiệu sẽ đáp ứng nhu cầu của quý vị hay không.

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

Để tìm xem một loại thuốc quý vị sử dụng có nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi hay không, quý vị có thể:

- Kiểm tra Danh sách Thuốc gần đây nhất mà chúng tôi đã cung cấp qua phương thức điện tử.
- Xem trên trang mạng của chương trình chúng tôi **blueshieldca.com/medformulary2023**. Danh sách Thuốc trên trang mạng của chúng tôi luôn là danh sách mới nhất.
- Gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để tìm hiểu xem một loại thuốc có nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi không hoặc hỏi xin một bản sao của danh sách.
- Các thuốc không được bảo hiểm theo Phần D có thể sẽ được Medi-Cal Rx bảo hiểm. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin

B3. Thuốc không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi

Chúng tôi không bảo hiểm cho tất cả mọi thuốc theo toa. Một số thuốc không có tên trong Danh sách Thuốc của chúng tôi bởi vì luật không cho phép chúng tôi đài thọ cho những loại thuốc đó. Trong những trường hợp khác, chúng tôi đã quyết định không bao gồm một loại thuốc trong Danh sách Thuốc. Nếu một loại thuốc được kê đơn không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi, nhu cầu thuốc theo toa của quý vị sẽ luôn được đánh giá theo các chính sách bảo hiểm của chương trình của chúng tôi, cũng như các quy tắc bảo hiểm của Medicare.

Chương trình của chúng tôi không thanh toán cho các thuốc được liệt kê trong mục này. Các thuốc này được gọi là **thuốc loại trừ**. Nếu quý vị mua thuốc theo toa thuộc loại thuốc loại trừ,

quý vị có thể cần tự trả tiền cho thuốc đó. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi phải thanh toán cho một loại thuốc loại trừ vì trường hợp của quý vị, quý có quyền đưa ra kháng cáo. Tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin về kháng cáo.

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

1. Bảo hiểm thuốc ngoại trú của chương trình (bao gồm Phần D) không thể thanh toán cho một loại thuốc mà Medicare Phần A hoặc Phần B đã bảo hiểm. Chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho các thuốc được bảo hiểm theo Medicare Phần A hoặc Phần B miễn phí, nhưng các thuốc này không được xem là một phần của quyền lợi thuốc theo 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 hỗ trợ bởi một số tài liệu dẫn chiếu y tế cho việc dùng để điều trị cho bệnh trạng của quý vị. Bác sĩ của quý vị có thể chỉ định một loại thuốc nào đó để điều trị bệnh trạng của quý vị, ngay cả khi nó chưa được chấp thuận để điều trị bệnh trạng đó. Đây gọi là việc “sử dụng không chính thức.” Chương trình của chúng tôi thường không bảo hiểm cho các thuốc được chỉ định cho sử dụng không chính thức.

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

- 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 do một công ty 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 trong Danh sách Thuốc

Mỗi loại thuốc nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi thuộc một trong năm bậc. 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.

- Chia sẻ Chi phí Bậc 1: Thuốc gốc Ưu tiên (bậc chia sẻ chi phí thấp nhất)
  Bao gồm thuốc gốc ưu tiên.

- Chia sẻ Chi phí Bậc 2: Thuốc gốc
  Bao gồm thuốc gốc.
- Chia sẻ Chi phí Bậc 3: Thuốc Chính hiệu được Ưu tiên
  Bao gồm thuốc thương hiệu được ưu tiên và một số thuốc gốc.
- Chia sẻ Chi phí Bậc 4: Thuốc không được ưu tiên
  Bao gồm thuốc chính hiệu không được ưu tiên và một số thuốc gốc.
- Chia sẻ Chi phí Bậc 5: Bậc Đặc trị (bậc chia sẻ chi phí cao nhất)
  Bao gồm chi phí rất cao và một số thuốc gốc có thể yêu cầu xử lý đặc biệt và/hoặc theo dõi chặt chẽ

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

Chương 6 của *Sổ tay Hội viên* cho biết số tiền quý vị phải trả cho các 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 của chúng tôi phải bảo hiểm các thuốc đó ra sao và vào lúc nào. Thông thường, 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 quy định đặc biệt đối với loại thuốc của quý vị, điều đó thường có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải thực hiện cho chúng tôi thêm các bước để bảo hiểm cho loại thuốc đó. 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, 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 hưởng các ngoại lệ, tham khảo Chương 9 của Sổ tay Hội viên.

1. Giới hạn sử dụng thuốc biệt dược khi một dòng thuốc thế phẩm khác hiện có sẵn

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

- Thường chúng tôi không trả tiền cho thuốc chính hiệu nếu có một phiên bản thuốc gốc có sẵn.
- Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp của quý vị cho chúng tôi biết lý do y tế thuốc cùng chủng loại không có tác dụng với quý vị, sau đó chúng tôi bảo hiểm thuốc thương hiệu.

2. Xin chương trình chấp thuận trước

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc bác sĩ của quý vị phải được chương trình của chúng tôi chấp thuận trước khi quý vị lấy thuốc theo toa mình. Nếu quý vị không được cho phép, chúng tôi không được bao trả thuốc đó.

3. Thử dùng một thuốc khác trước

Nói chung, chúng tôi muốn quý vị thử dùng các loại thuốc chi phí thấp có hiệu quả tương đương trước đã, nếu không được thì chúng tôi mới bao trả 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 tác dụng đối với quý vị, thì chúng tôi bao trả cho loại Thuốc B. Đây được gọi là trị liệu 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 của chúng tôi. Để được biết thông tin mới nhất, xin gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc xem trên trang mạng của chúng tôi tại **blueshieldca.com/medformulary2023**. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm hoặc yêu cầu ngoại lệ của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu khiếu nại. Để tìm hiểu thêm về việc này, xin xem tại Mục E tại **Chương 9**.

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 thích. Ví dụ:

- Chương trình chúng tôi không bảo hiểm cho thuốc mà quý vị muốn dùng. Thuốc đó có thể không thuộc Danh mục Thuốc của chúng tôi. Chúng tôi có thể bảo hiểm cho một

phiên bản thuốc gốc nhưng không phải là phiên bản chính hiệu mà quý vị muốn sử dụng. Thuốc đó có thể là loại mới chưa được chúng tôi xem xét xem có an toàn và hiệu quả không.

- Chương trình của chúng tôi bảo hiểm thuốc, nhưng có quy định đặc biệt hoặc giới hạn bảo hiểm cho thuốc đó. Như đã giải thích ở mục trên, một số 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.

Có những việc quý vị có thể làm nếu chúng tôi không bảo hiểm cho một loại thuốc theo cách mà quý vị muốn chúng tôi bảo hiểm cho thuốc đó.

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 sách Thuốc của chúng tôi hoặc 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 cấp của 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 của chúng tôi từ năm ngoái.
     - Chúng tôi bảo hiểm cung cấp tạm thời loại thuốc của quý vị **trong suốt 90 ngày đầu tiên theo lịch**.
     - Việc cung cấp thuốc tạm thời này được cho phép lên đến 30 ngày.
     - Nếu đơn thuốc của quý vị dùng cho ít ngày hơn, chúng tôi cho phép quý vị mua làm nhiều lần sao cho đủ tối đa 30 ngày sử dụng. 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 bảo hiểm cho lượng cấp của thuốc mua tạm của quý vị **trong 90 ngày đầu tiên làm hội viên chương trình của chúng tôi.**
- Việc cung cấp thuốc tạm thời này được cho phép lên đến 30 ngày.
- Nếu đơn thuốc của quý vị dùng cho ít ngày hơn, chúng tôi cho phép quý vị mua làm nhiều lần sao cho đủ tối đa 30 ngày sử dụng. 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 của chúng tôi trên 90 ngày, sống trong cơ sở chăm sóc lâu dài và cần có một lượng cấp thuốc ngay.

- Chúng tôi 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 được tạm thời cung cấp thuốc, hãy nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị càng sớm càng tốt để quyết định phải làm gì khi hết thuốc. Sau đây là các lựa chọn:

- Chuyển sang dùng thuốc khác.

  Chương trình của chúng tôi có thể bảo hiểm cho một loại thuốc khác có hiệu quả với quý vị. Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng để yêu cầu một danh sách các loại thuốc được chúng tôi bảo hiểm điều trị cùng một loại bệnh. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm được thuốc được bảo hiểm có thể có hiệu quả với quý vị.

  HOẶC

- 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 không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi hoặc yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thuốc đó mà không bị 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.

Nếu một loại thuốc quý vị sử dụng sẽ bị đưa ra khỏi Danh sách Thuốc của chúng tôi hoặc được giới hạn bằng một cách nào đó trong năm sau, chúng tôi cho phép quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ năm sau.

- Chúng tôi thông báo cho quý vị biết về bất kỳ thay đổi nào trong việc bảo hiểm thuốc của quý vị trong năm tiếp theo. Yêu cầu chúng tôi tạo một ngoại lệ và bảo hiểm thuốc cho năm tới theo cách quý vị muốn.
- Chúng tôi trả lời yêu cầu đối với một trường hợp ngoại lệ trong vòng 72 tiếng sau khi nhận được yêu cầu của quý vị (hoặc bản tường trình hỗ trợ của bác sĩ kê toa).

Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu hưởng ngoại lệ, tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên*.

Nếu cần trợ giúp trong việc xin được hưởng trường hợp ngoại lệ, liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng hay điều phối viên chăm sóc sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm hoặc yêu cầu ngoại lệ của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu khiếu nại (Để biết thêm thông tin về vấn đề này, tham khảo Mục E tại **Chương 9**.).

E. Thay đổi về bảo hiểm cho 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 của chúng tôi 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 (cho phép từ chúng tôi trước khi quý vị có thể nhận một loại thuốc).
- Thêm hoặc thay đổi số lượng thuốc mà quý vị được mua (giới hạn số lượng).
- Thêm hoặc thay đổi các hạn chế đối với phương pháp trị liệu từng bước đối với một loại thuốc (quý vị phải thử dùng một loại thuốc trước khi chúng tôi bảo hiểm cho một loại thuốc khác).

Để biết thêm thông tin về các quy định về thuốc này, tham khảo **Mục C**.

Nếu quý vị dùng một loại thuốc được bảo hiểm vào **đầu** năm, thường chúng tôi 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 xuất hiện trên thị trường nhưng tác dụng tương đương với thuốc ở trong Danh mục Thuốc của chúng tôi bây giờ, **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 của chúng tôi thay đổi, quý vị luôn có thể:

- Kiểm tra Danh sách Thuốc hiện tại của chúng tôi trực blueshieldca.com/medformulary2023 **hoặc**
- Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số cuối trang để kiểm tra Danh sách Thuốc hiện tại của chúng tôi.

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

- **Có một loại thuốc gốc mới.** Đôi khi, một loại thuốc mới xuất hiện trên thi trường có tác dụng tương tự một loại thuốc chính hiệu trong Danh sách Thuốc của chúng tôi bây giờ. Khi điều đó xảy ra, chúng tôi có thể loại bỏ loại thuốc chính hiệu và thêm thuốc gốc mới, nhưng chi phí cho loại thuốc mới 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 gửi cho quý vị thông tin về thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện ngay khi xuất hiện.
  - Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể xin hưởng "ngoại lệ" cho các giới hạn này. Chúng tôi gửi cho quý vị một thông báo với các bước quý vị có thể thực hiện để xin hưởng ngoại lệ. Tham khảo **Chương 9** của Sổ tay Hội viên để biết thêm thông tin về các 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 loại thuốc đó ra khỏi Danh sách Thuốc của chúng tôi ngay lập tức. Nếu quý vị đang dùng thuốc, chúng tôi sẽ cho quý vị biết.

- Bác sĩ kê đơn của quý vị cũng sẽ biết về sự thay đổi này và có thể làm việc với quý vị để tìm một loại thuốc khác cho tình trạng của quý vị.

Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác ảnh hưởng đến các loại thuốc quý vị dùng. Chúng tôi thông báo trước cho quý vị về những thay đổi khác trong Danh sách Thuốc của chúng tôi. 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 chính hiệu hiện có trong Danh sách Thuốc của chúng tôi **hoặc**
  - Thay đổi các quy tắc bảo hiểm hoặc giới hạn cho thuốc chính hiệu.

Khi những thay đổi này xảy ra, chúng tôi:

- Cho quý vị biết ít nhất trước 30 ngày trước khi thực hiện thay đổi đối với Danh sách Thuốc của chúng tôi **hoặc**
- Cho quý vị biết và cung cấp cho quý vị đợt thuốc dùng trong 30 ngày sau khi quý vị yêu cầu mua thuốc tiếp.

Việc này cho quý vị thời gian để tham khảo với bác sĩ hoặc người kê toa khác của mình. Họ có thể giúp quý vị quyết định:

- Nếu có thuốc tương tự trong Danh sách Thuốc của chúng tôi quý vị có thể lấy thay vào đó **hoặc**
- Liệu quý vị có nên xin hưởng ngoại lệ từ các thay đổi này hay không. Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu hưởng các ngoại lệ, tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên*.

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 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, hạn chế sử dụng thuốc đó thì thay đổi không ảnh hưởng đến việc quý vị sử dụng thuốc hoặc số tiền quý vị phải trả cho thuốc cho thời gian còn lại trong năm.

F. Bao trả thuốc trong các trường hợp đặc biệt

F1. Ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình chúng tôi bảo hiểm

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

Để tìm hiểu thêm về việc bảo hiểm thuốc và quý vị phải trả những gì, tham khảo **Chương 6** *của Sổ tay Hội viên.*

F2. 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 của họ hoặc nhà thuốc cung cấp thuốc cho tất cả những người cư trú tại đó. Nếu quý vị

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, liên hệ với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

F3. Trong chương trình chăm sóc giai đoạn cuối đời được Medicare chứng nhận

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

- Quý vị có thể được ghi danh vào một bệnh viện dành cho bệnh nhân giai đoạn cuối Medicare và yêu cầu thuốc giảm đau, chống buồn nôn, nhuận tràng, hoặc chống lo âu mà bệnh viện dành cho bệnh nhân giai đoạn cuối của quý vị không được bảo hiểm vì nó không liên quan đến tiên lượng và tình trạng cuối đời của quý vị. Trong trường hợp đó, chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo từ người kê toa hoặc nhà cung cấp chăm sóc giai đoạn cuối đời của quý vị rằng thuốc đó không liên quan trước khi chúng tôi có thể bảo hiểm thuốc.
- Để khỏi bị chậm trễ trong việc nhận bất kỳ thuốc không liên quan nào 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 bao trả 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, mang theo giấy tờ đến nhà thuốc để cho họ biết rằng quý vị rời khỏi cơ sở chăm sóc giai đoạn cuối đời.

Tham khảo các phần trước của chương này nói về các loại thuốc mà chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Tham khảo **Chương 4** *của Sổ tay Hội viên để* biết thêm thông tin về quyền lợi chăm sóc giai đoạn cuối đời.

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

G1. Các chương trình giúp quý vị 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 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 phát hiện có vấn đề gì trong việc sử dụng thuốc toa của quý vị, chúng tôi bàn bạc với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để giải quyết vấn đề đó.

G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc của mình

Quý vị có thể 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. Trong những trường hợp như vậy, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các dịch vụ, miễn 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 cứ thắc mắc hay vấn đề nào quý vị có về thuốc kê toa và thuốc mua không-cần-toa bác sĩ của mình

Sau đó, họ sẽ cung cấp cho quý vị:

- Bản tóm tắt bằng văn bản của cuộc nói chuyện này. Bản tóm tắt có kế hoạch hành động về thuốc đề nghị với quý vị những việc quý vị có thể làm giúp việc sử dụng thuốc của quý vị đạt kết quả tối ưu.
- Danh sách thuốc cá nhân có tất cả các loại thuốc mà quý vị dùng và tại sao quý vị phải dùng chúng.
- Thông tin về việc vứt bỏ an toàn thuốc theo toa là chất bị 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.

- Mang theo bản kế hoạch hành động và danh sách thuốc khi đi thăm 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.

- Mang theo danh sách thuốc của quý vị khi đi bệnh viện hoặc đến phòng cấp cứu.

Chương trình quản lý liệu pháp thuốc là tự nguyện và được miễn phí cho các hội viên đủ điều kiện. Nếu chúng tôi có một chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi 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, cho chúng tôi biết, chúng tôi sẽ đưa quý vị ra khỏi chương trình.

Nếu quý vị có thắc mắc về các chương trình này, liên lạc bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị.

G3. Chương trình quản lý thuốc để sử dụng thuốc opioid an toàn

Chương trình của chúng tôi có một chương trình có thể giúp các hội viên sử dụng thuốc opioid theo toa an toàn và thuốc thường xuyên bị lạm dụng khác. Chương trình này được gọi là Chương trình Quản lý Thuốc (DMP).

Nếu quý vị sử dụng thuốc opioid mà quý vị nhận được từ một số bác sĩ hoặc nhà thuốc hoặc nếu quý vị 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 các bác sĩ của quý vị, nếu chúng tôi quyết định việc quý vị sử dụng thuốc opioid theo toa là không an toàn, chúng tôi có thể giới hạn cách quý vị có thể nhận được những loại thuốc đó. Hạn chế có thể bao gồm:

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

Nếu chúng tôi nghĩ rằng một hoặc nhiều giới hạn nên áp dụng đối với quý vị, chúng tôi gửi thư trước cho quý vị. Thư 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 cho các thuốc sau khi quý vị có cơ hội phản hồi, chúng tôi gửi cho quý vị một lá thư khác xác nhận 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 đưa ra kháng cáo. Nếu quý vị đưa ra kháng cáo, chúng tôi sẽ xem xét trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định bằng văn bản cho quý vị. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần nào của kháng cáo liên quan đến các giới hạn cho việc tiếp cận thuốc này, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến Tổ chức Đánh giá Độc lập. Để tìm hiểu thêm về việc kháng cáo và Tổ chức Xem xét Độc lập, tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên của quý vị*.)

DMP không thể áp dụng với quý vị nếu:

- Có một số bệnh lý như ung thư, hoặc bệnh lý thiếu máu hồng cầu 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 khoản mục được Medi-Cal bảo hiểm, **và**
- Thuốc và khoản mục được chương trình bảo hiểm ở dạng các quyền lợi 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. Chúng tôi *đã gửi cho quý vị* một phần chèn riêng, gọi là “Chứng từ Quy tắc Bổ sung Bảo hiểm cho Người nhận Trợ cấp Đặc biệt để Chi trả Tiền thuốc theo toa” (còn được biết đến như là “Quy tắc Bổ sung về Hỗ trợ Người có Thu nhập Thấp” hay “Quy tắc bổ sung LIS”), nhằm cho quý vị biết về bảo hiểm thuốc của quý vị. Nếu quý vị không thấy phần chèn vào này, vui lòng gọi Bộ phận Chăm sóc Khách hàng và yêu cầu “Điều khoản Bổ sung LIS.”

> **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”.

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

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 nằm ở mức nào trong số năm bậc
        - Nếu có giới hạn nào cho thuốc đó hay không

- Nếu quý vị cần một bản sao của Danh sách Thuốc của chúng tôi, gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng. Quý vị cũng có thể tìm thấy bản sao mới nhất của Danh sách Thuốc của chúng tôi trên trang web của chúng tôi blueshieldca.com/medformulary2023.
- Hầu hết các thuốc theo toa quý vị mua tại nhà thuốc đều được Blue Shield TotalDual Plan bảo hiểm. Các thuốc khác, như một số thuốc không cần toa (OTC) và một số vitamin nhất định, có thể sẽ được Medi-Cal Rx bảo hiểm. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi Trung tâm Dịch vụ Khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ Nhận dạng Người thụ hưởng Medi-Cal (BIC) khi nhận đơn thuốc qua Medi-Cal Rx.

- **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên này*.
  - Nó cho biết cách nhận thuốc theo 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 theo toa nào chương trình của chúng tôi không 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 đồng ý cộng tác với chúng tôi.
  - *Danh bạ Nhà cung cấp và Nhà thuốc* liệt kê những nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Tham khảo **Chương 5** *của Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin về các nhà thuốc trong mạng lưới.

Mục lục

A. *Giải thích về Quyền lợi* (EOB) 160

B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị 161

C. Các Giai đoạn Thanh toán Thuốc cho các thuốc Medicare Phần D 162

D. Giai đoạn 1: Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu 163

D1. Các lựa chọn về nhà thuốc của quý vị 163

D2. Nhận cung cấp thuốc dài kỳ 164

D3. Khoản quý vị trả 164
D4. Kết thúc Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu 166
E. Giai đoạn 2: Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương 167
F. Chi phí thuốc của quý vị sẽ ra sao khi bác sĩ của quý vị kê ít hơn lượng cấp của cả tháng 167
G. Trợ cấp chia sẻ chi phí thuốc theo toa cho người bị HIV/AIDS 168
G1. Chương trình Trợ cấp Thuốc AIDS (ADAP) 168
G2. Nếu quý vị không ghi danh vào ADAP 168
G3. Nếu quý vị được ghi danh vào ADAP 168
H. Chích ngừa 168
H1. Quý vị cần biết gì trước khi quý vị tiêm vắc xin 168
H2. Những gì quý vị phải trả cho việc tiêm vắc-xin được Medicare Phần D bảo hiểm 169

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 tiền túi bỏ ra** 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 theo toa qua chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản tóm tắt gọi là tờ *Giải thích Quyền lợi Phần D*. Nếu quý vị đã mua theo đơn một hoặc nhiều lần thông qua chương trình trong suốt tháng trước đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị Giải thích Quyền lợi Phần D ("EOB Phần D"). Chúng tôi gọi ngắn gọn là EOB Phần D. EOB Phần D có thêm thông tin về các loại thuốc quý vị dùng chẳng hạn như tăng giá và các loại thuốc khác có mức chia sẻ chi phí thấp hơn có thể có sẵn. Quý vị có thể trao đổi với người kê toa của quý vị về những lựa chọn chi phí thấp hơn này. EOB Phần D bao gồm:

- **Thông tin trong tháng**. Tóm tắt 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 1.
- **Thông tin giá thuốc**. Đây là tổng giá thuốc và phần trăm thay đổi của giá thuốc kể từ lần mua thuốc tiên.
- **Đơn thuốc thay thế chi hí thấp hơn**. Khi có sẵn, chúng sẽ xuất hiện trong phần tóm tắt bên dưới các loại thuốc hiện tại của quý vị. Quý vị có thể nói chuyện với người kê đơn để tìm hiểu thêm.

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

- Các khoản thanh toán cho những loại thuốc này không được tính vào tổng chi phí tự chi trả của quý vị.
- Hầu hết các thuốc theo toa mà quý vị mua tại nhà thuốc đều được chương trình bảo hiểm. Các thuốc khác, như một số thuốc không cần toa (OTC) và một số vitamin nhất định, có thể sẽ được Medi-Cal Rx bảo hiểm. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi trung tâm dịch vụ khách hàng Medi-Cal theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo thẻ nhận dạng người thụ hưởng Medi-Cal (BIC) khi nhận đơn thuốc qua Medi-Cal Rx.
- Để tìm hiểu những loại thuốc nào được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, tham khảo Danh sách Thuốc của chúng tôi.

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 ID chương trình của quý vị.**

   Xuất trình thẻ ID Blue Shield TotalDual vào mỗi lần quý vị mua thuốc toa. Việc này giúp cho chúng tôi biết quý vị đã mua những thuốc theo toa nào và quý vị trả những gì.

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

   Hãy cung cấp cho chúng tôi bản sao của biên nhận cho các thuốc mà quý vị 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 biết thêm thông tin về việc yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị khoản chia sẻ của chúng tôi cho chi phí thuốc, tham khảo **Chương 7** Sổ tay Hội viên của quý vị.

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, chương trình của chúng tôi thanh toán toàn bộ chi phí thuốc Phần D của quý vị cho phần còn lại của năm.

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

   Khi quý vị nhận được EOB Phần D qua thư, bảo đảm nó đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị nghĩ có gì đó sai sót hoặc thiếu sót, hay quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng. Giữ các EOB Phần D 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 của chúng tôi. 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 nạn

Giai đoạn 1: Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu	Giai đoạn 2: Giai đoạn Bảo hiểm Tai nạn
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 chi phí 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 ngày 31 tháng 12 năm 2023. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi chi phí tự chi trả của quý vị đã đạt đến một mức độ nào đó.

Thông điệp Quan trọng về những gì Quý vị Trả cho Insulin - Quý vị sẽ không phải trả hơn $35 cho lượng cấp một tháng cho mỗi sản phẩm insulin được chương trình của chúng tôi chi trả, bất kể nó thuộc bậc chia sẻ chi phí nào.

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 chi phí 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.

- Chia sẻ Chi phí Bậc 1: Thuốc gốc Ưu tiên (bậc chia sẻ chi phí thấp nhất)
  Bao gồm thuốc gốc ưu tiên.
- Chia sẻ Chi phí Bậc 2: Thuốc gốc
  Bao gồm thuốc gốc.
- Chia sẻ Chi phí Bậc 3: Thuốc Chính hiệu được Ưu tiên
  Bao gồm thuốc thương hiệu được ưu tiên và một số thuốc gốc.
- Chia sẻ Chi phí Bậc 4: Thuốc không được ưu tiên

  Bao gồm thuốc chính hiệu không được ưu tiên và một số thuốc gốc.
- Chia sẻ Chi phí Bậc 5: Bậc Đặc trị (bậc chia sẻ chi phí cao nhất)
  Bao gồm chi phí rất cao và một số thuốc gốc có thể yêu cầu xử lý đặc biệt và/hoặc theo dõi chặt chẽ.

D1. Các lựa chọn về nhà thuốc của quý vị

Quý vị trả bao nhiêu tiền cho thuốc là tùy vào việc quý vị mua 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. Tham khảo **Chương 5** *của Sổ tay Hội viên để biết* khi nào chúng tôi làm việc đó.

Để tìm hiểu thêm các lựa chọn này, tham khảo **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* và *Danh mục 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 theo toa. Lượng cấp lâu dài là lượng cấp 100 ngày đối với thuốc Bậc 1 và lượng cấp 90 ngày đối với thuốc Bậc 2, 3, và 4. Chi phí của quý vị cho nó cũng y như lượng cấp của một tháng.

Để biết chi tiết về mua lượng cấp lâu dài ở đâu và bằng cách nào, tham khảo **Chương 5** *của Sổ tay Hội viên* hoặc *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc của chương trình chúng tôi*.

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 trả mức thấp hơn.

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 một tháng hoặc lên đến 30 ngày	**Dịch vụ qua bưu điện của chương trình chúng tôi** Lượng cấp một tháng hoặc lên đến 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 30 ngày Việc bảo hiểm được giới hạn trong phạm vi các trường hợp nào đó mà thôi. Tham khảo **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên để biết* chi tiết.
Chia sẻ chi phí Bậc 1 (Thuốc gốc được Ưu tiên)	$0			
Chia sẻ chi phí Bậc 2 (Thuốc gốc)	Tiền đồng trả của quý vị phụ thuộc vào mức Trợ giúp Đặc biệt mà quý vị nhận được: $0, 1.45 hoặc $4.15			
Chia sẻ chi phí Bậc 3 (Thuốc Biệt dược Ưu tiên)	Tiền đồng trả của quý vị phụ thuộc vào mức Trợ giúp Đặc biệt mà quý vị nhận được: $0, $4.30, $10.35			

	Nhà thuốc trong mạng lưới Lượng cấp một tháng hoặc lên đến 30 ngày	**Dịch vụ qua bưu điện của chương trình chúng tôi** Lượng cấp một tháng hoặc lên đến 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 30 ngày Việc bảo hiểm được giới hạn trong phạm vi các trường hợp nào đó mà thôi. Tham khảo **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên để biết* chi tiết.
Chia sẻ chi phí Bậc 4 (Thuốc Không Ưu tiên)	Tiền đồng trả của quý vị phụ thuộc vào mức Trợ giúp Đặc biệt mà quý vị nhận được: $0, $4.30, $10.35			
Chia sẻ chi phí Bậc 5 (BậcThuốc Đặc trị)	Tiền đồng trả của quý vị phụ thuộc vào mức Trợ giúp Đặc biệt mà quý vị nhận được: $0, $4.30, $10.35			

Để biết nhà thuốc nào có thể cung cấp cho quý vị các lượng cấp lâu dài, tham khảo 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 của quý vị kết thúc khi tổng chi phí tự chi trả của quý vị đạt mức $7,400. 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 (EOB) của quý vị giúp quý vị theo dõi xem quý vị đã trả bao nhiêu cho thuốc của mình trong năm. Chúng tôi cho quý vị biết khi quý vị đạt mức giới hạn $7,400. Nhiều người không đạt mức này trong một năm.

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

Khi quý vị đã đạt đến giới hạn tiền túi bỏ ra là $7,400 cho thuốc kê toa của mình, thì Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa sẽ bắt đầu. Quý vị ở trong Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương cho đến khi kết thúc năm theo lịch. Trong giai đoạn này, chương trình của chúng tôi 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

Trong một số trường hợp, 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 không 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 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) là $1.35. Điều này có nghĩa là số tiền quý vị trả cho thuốc của quý vị ít hơn $0.05 một chút một ngày. Nếu quý vị nhận được lượng cấp của 7 ngày, thì tiền thanh toán của quý vị ít hơn $.05 một chút mỗi ngày nhân cho 7 ngày, ra tổng số ít hơn $0.35.
- 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 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 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)

Chương trình Trợ cấp Thuốc AIDS (ADAP) giúp cho những cá nhân sống chung với HIV/AIDS đủ điều kiện được tiếp cận thuốc điều trị HIV. 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. Nếu quý vị không ghi danh vào ADAP

Để biết thông tin về tiêu chí đủ tiêu chuẩn, thuốc được bảo hiểm, và cách ghi danh vào chương trình, gọi 1-844-421-7050 hoặc kiểm tra trang mạng của ADAP tại www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. Nếu quý vị 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, 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, gọi số 1-844-421-7050 hoặc kiểm tra trang mạng nói trên.

H. Chích ngừa

Thông điệp Quan trọng về Những gì Quý vị Chi trả cho Vắc-xin – Chương trình của chúng tôi bao trả hầu hết vắc-xin Phần D miễn phí cho quý vị. Gọi Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để biết thêm thông tin. 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 bộ phận Chăm sóc Khách hàng nếu quý vị có kế hoạch chích ngừa.

- Chúng tôi có thể cho quý vị biết chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho việc chích ngừa của quý vị như thế nào và cho biết phần chia sẻ 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. Các nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới đồng ý cộng tác với chương trình của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới làm việc với chúng tôi để đảm bảo quý vị không bị tính phí trả trước cho vắc-xin Phần D.

H2. Những gì quý vị phải trả cho việc tiêm vắc-xin được Medicare Phần D bảo hiểm

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, tham khảo Bảng Quyền lợi ở **Chương 4** *của Sổ tay Hội viên của quý vị.*
- 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 chúng tôi. 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 mua vắc xin Medicare Phần D rồi chích luôn tại một nhà thuốc trong mạng lưới.
   - Quý vị 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 của quý vị tiêm luôn cho quý vị.
   - Quý vị thanh toán tiền đồng trả của vắc-xin đó cho bác sĩ.
   - Chương trình của chúng tôi 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 tại một nhà thuốc và quý vị mang đến văn phòng bác sĩ của quý vị để tiêm.
   - Quý vị thanh toán tiền đồng trả cho vắc xin đó.
   - Chương trình của chúng tôi thanh toán chi phí chích cho quý vị.

Chương 7: Yêu cầu chúng tôi trả phần chi phí của chúng tôi cho hóa đơn mà quý vị nhận cho những dịch vụ hoặc thuốc được bao trả

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 *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

Mục lục

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho những dịch vụ hoặc thuốc của quý vị 171

B. Gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán 174

C. Quyết định bảo hiểm 174

D. Kháng cáo 175

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho những dịch vụ hoặc thuốc của quý vị

Nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới của chúng tôi phải gửi hóa đơn cho chương trình sức khỏe cho các dịch vụ và thuốc được bảo hiểm sau khi quý vị nhận được. Nhà cung cấp trong mạng lưới làm việc với chương trình sức khỏe này. **Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho** toàn bộ chi phí **của dịch vụ hoặc thuốc men, đừng trả hóa đơn đó và hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi.** Để gửi hóa đơn cho chúng tôi, tham khảo **Phần B**.

- Nếu chúng tôi bảo hiểm cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp đó.
- Nếu chúng tôi bao trả các dịch vụ hoặc thuốc và quý vị đã trả nhiều hơn phần chi phí của mình, quý vị có quyền được hoàn lại.
- Nếu chúng tôi không bảo hiểm cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ cho quý vị biết.
- Liên lạc Bộ phận Chăm sóc Khách hàng hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị nếu quý vị có bất cứ thắc mắc nào. 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 của một nhà cung cấp ngoài mạng lưới (xin xem tại *Chương 3, mục D4, trang 46).***

   Yêu cầu nhà cung cấp đó gửi hóa đơn cho chúng tôi.

   - Nếu quý vị đã trả trọn số tiền khi nhận dịch vụ chăm sóc đó, hãy yêu cầu chúng tôi hoàn tiền lại cho quý vị 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 của nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu thanh toán cho một khoản mà quý vị nghĩ rằng mình không nợ. 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 đóng góp chi phí của quý vị đối với dịch vụ đó, chúng tôi sẽ tính toán quý vị được hưởng bao nhiêu và hoàn trả lại cho quý vị phần đóng góp chi phí của chúng tôi.

- Tham khảo **Chương 5** của Sổ tay Hội viên để tìm hiểu thêm về nhà thuốc ngoài mạng lưới.

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. Hãy xuất trình Thẻ ID chương trình khi quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc mua thuốc theo toa nào. Gửi hóa đơn không đúng hoặc 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 chúng tôi cho dịch vụ. **Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào. Không trả hóa đơn.**

- Là hội viên của chương trình, quý vị chỉ thanh toán tiền đồng trả khi quý vị nhận được các dịch vụ được chúng tôi bảo hiểm. Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp 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. Ngay cả khi chúng tôi quyết định không thanh toán cho một số phí tổn, quý vị vẫn không thanh toán chúng.

- Bất cứ khi nào quý vị nhận được một hóa đơn từ một nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị cho rằng nhiều hơn mức quý vị phải trả, gửi cho chúng tôi hóa đơn đó. Chúng tôi sẽ trực tiếp liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ đó để giải quyết vấn đề này.

- Nếu quý vị thanh toán cho một hóa đơn từ một nhà cung cấp trong mạng lưới, nhưng quý vị cảm thấy là quý vị đã trả tiền quá nhiều, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về khoản thanh toán bất kỳ mà quý vị đã thực hiện. 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 của chúng tôi.

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

Nếu quý vị sử dụng thuốc ngoài mạng lưới, quý vị trả toàn bộ chi phí thuốc theo toa của quý vị.

- Trong một số ít trường hợp, chúng tôi bao trả 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.

- Tham khảo **Chương 5** của Sổ tay Hội viên để tìm hiểu thêm về nhà thuốc ngoài mạng lưới.

4. Khi quý vị trả toàn bộ chi phí theo toa vì quý vị không mang theo thẻ ID của chương trình

Nếu quý vị không mang theo thẻ ID 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 ngay, quý vị có thể sẽ phải tự trả toàn bộ chi phí thuốc theo toa hoặc trở về nhà thuốc có thẻ hội viên của quý vị.
- 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 bao trả

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) trên trang mạng của chúng tôi, hoặc nó có một yêu cầu hay hạn chế gì đó mà quý vị chưa biết hoặc không nghĩ rằng áp dụng cho quý vị. Nếu quý vị quyết định mua thuốc đó, quý vị có thể sẽ phải trả toàn bộ chi phí.
    - Nếu quý vị không trả tiền cho thuốc đó mà nghĩ rằng chúng tôi phải bảo hiểm nó, quý vị có thể yêu cầu ra quyết định bảo hiểm (tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên của quý vị*).
    - 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 (tham khảo **Chương 9** *Sổ tay Hội viên*).
- 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 xem xét nó và quyết định xem dịch vụ hoặc thuốc đó có được bao trả hay không. Việc này được gọi là ra "quyết định bảo hiểm." Nếu chúng tôi xác định rằng dịch vụ hoặc thuốc được bảo hiểm, chúng tôi trả phần chia sẻ 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, tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên*.

B. Gửi cho chúng tôi 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 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. **Nên giữ bản sao hóa đơn và biên lai cho hồ sơ của quý vị.** Quý vị có thể đề nghị điều phối viên chăm sóc của quý vị giúp đỡ.

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 bồi hoàn để yêu cầu thanh toán.

- Quý vị không phải sử dụng mẫu đơn, nhưng mẫu giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn.
- Quý vị có thể lấy mẫu này trên trang web của chúng tôi (**blueshieldca.com**), hoặc quý vị có thể gọi *cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng và yêu cầu mẫu.*

Hãy gửi qua bưu điện yêu cầu thanh toán cùng bất kỳ hóa đơn hoặc biên nhận nào của quý vị theo địa chỉ sau đây:

Yêu cầu bồi hoàn y tế:
Blue Shield TotalDual Plan
Bộ phận Chăm sóc Khách hàng Medicare
P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856

Yêu cầu bồi hoàn thuốc theo toa:
Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-20

Quý vị phải nộp yêu cầu bảo hiểm của quý vị cho chúng tôi trong trong vòng một năm 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 ra quyết định bảo hiểm. Điều này có nghĩa là chúng tôi quyết định xem chương trình của chúng tôi có bảo hiểm cho dịch vụ, khoản mục hoặc thuốc của quý vị hay không. Chúng tôi cũng quyết định về số tiền, nếu có, mà quý vị phải trả.

- Chúng tôi cho quý vị biết nếu chúng tôi cần quý vị cung cấp thêm thông tin.
- Nếu chúng tôi xác định được rằng chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho dịch vụ, khoản mục hoặc thuốc đó 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 nó. Nếu quý vị lỡ thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó rồi, chúng tôi sẽ gửi qua bưu điện cho quý vị séc trả cho phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Nếu quý vị chưa trả, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp đó.

- **Chương 3** *của Sổ tay Hội viên* cho biết các quy định về việc nhận các dịch vụ được bảo hiểm. **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* 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 cho quý vị. Thư này cũng cho biết các quyền của quý vị về việc kháng cáo.
- Để tìm hiểu thêm về quyết định trả bảo hiểm, tham khảo **Chương 9**.

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 chúng tôi trả.

Quy trình kháng cáo chính thức có các thủ tục và thời hạn chi tiết. Để tìm hiểu thêm về việc kháng cáo, tham khảo **Chương 9** Sổ tay Hội viên:

- Tiến hành kháng cáo để được hoàn trả tiền cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tham khảo **Mục F**.
- Tiến hành kháng cáo để được hoàn trả tiền cho một loại thuốc, tham khảo **Mục G**.

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 *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

Mục lục

A. Quyền được cung cấp dịch vụ và thông tin theo cách phù hợp với nhu cầu của quý vị.....177

B. Chúng tôi chịu trách nhiệm về việc quý vị kịp thời tiếp cận với các dịch vụ và thuốc men được bảo hiểm 178

C. Chúng tôi có trách nhiệm bảo vệ thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) của quý vị 179

C1. Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị như thế nào 180

C2. Quyền xem các hồ sơ y khoa của quý vị.....181

D. Chúng tôi có trách nhiệm cung cấp thông tin cho quý vị 181

E. Nhà cung cấp trong mạng lưới không thể gửi hóa đơn trực tiếp cho quý vị.....182

F. Quý vị có quyền rời khỏi chương trình của chúng tôi.....182

G. Quý vị có quyền ra quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho mình 183

G1. Quý vị có quyền được biết các lựa chọn điều trị của mình và quyết định.....183

G2. Quý vị có quyền cho biết quý vị muốn xảy ra điều gì 184

G3. Cần làm gì nếu không tuân thủ các hướng dẫn của quý vị 185

H. Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi 185

H1. Phải làm gì về việc điều trị bất công hoặc để biết thêm thông tin về quyền của quý vị 185

I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên chương trình.....186

A. Quyền được cung cấp dịch vụ và thông tin theo cách phù hợp với nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải bảo đảm tất **cả các** dịch vụ đều được cung cấp cho quý vị theo cách có thẩm quyền về văn hóa và có thể tiếp cận được. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết các quyền lợi của chương trình của chúng tôi 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.

- Để được nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, xin gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng. Chương trình chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.

- Chương trình chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng những ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh và ở các dạng thức như chữ in lớn, chữ nổi Braille, âm thanh hoặc các dạng khác miễn phí nếu quý vị cần. Sổ tay Hội viên và các văn bản quan trọng khác được cung cấp bằng những ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh. Tài liệu cũng có thể có sẵn bằng Tiếng Armenia, Tiếng Campuchia, Tiếng Trung, Tiếng Farsi, Tiếng Hindi, Tiếng Hmong, Tiếng Nhật, Tiếng Hàn, Tiếng Lào, Tiếng Miên, Tiếng Punjabi, Tiếng Nga, Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Tagalog, Tiếng Thái, Tiếng Ukraina, Tiếng Việt. Để nhận các tài liệu theo một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc gửi thư đến Điều phối viên Dân quyền của Blue Shield of California, P.O. Box 629007, El Dorado Hills, CA 95762-9007, (844) 696-6070 (TTY: 711) hoặc email: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com.

    - 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 cung cấp, vui lòng liên lạc Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan.

    - Bộ phận Chăm sóc Khách hàng Blue Shield TotalDual Plan sẽ duy trì thông tin liên lạc sau này bằng ngôn ngữ và định dạng ưu tiên của quý vị trong hồ sơ. Để thực hiện bất kỳ cập nhật nào về ưu tiên của quý vị, vui lòng liên lạc Blue Shield TotalDual Plan.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi tiếp nhận thông tin từ chương trình chúng tôi do bất đồng ngôn ngữ hay khuyết tật và quý vị muốn khiếu nại, gọi:

- Medicare tại 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi đến vào 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.
- Văn phòng Dân quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi 1-800-537-7697.
- Văn phòng Dân quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY xin gọi số 711.

B. Chúng tôi chịu trách nhiệm về việc quý vị kịp thời tiếp cận với các dịch vụ và thuốc men được bảo hiểm

Quý vị có các quyền với tư cách là hội viên chương trình của 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 những loại nhà cung cấp nào có thể hoạt động như một PCP và cách chọn một PCP trong **Chương 3** *Sổ tay Hội viên*.
    - 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 đến 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 sử dụng một nhà cung cấp 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.
    - Quyền này cũng bao gồm được nhận dịch vụ kịp thời của bác sĩ chuyên khoa.
    - Nếu quý vị không thể nhận được các dịch vụ trong khoảng thời gian hợp lý, chúng tôi phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.
- 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 sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu về các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, tham khảo **Chương 3** *của Sổ tay Hội viên*.
- 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 hiện tại và giấy cho phép sử dụng dịch vụ của quý vị, tham khảo **Chương 1** của *Sổ tay Hội viên*.
- Quý vị có quyền tự quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho mình với sự trợ giúp của đội ngũ chăm sóc và điều phối viên chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Chương 9 *của Sổ tay Hội viên* cho biết quý vị có thể làm gì nếu quý vị nghĩ rằng quý vị không nhận được dịch vụ hoặc thuốc trong một khoảng thời gian hợp lý. Nó cũng thông báo về những việc quý vị có thể làm nếu chúng tôi từ chối bảo hiểm cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị và quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

C. Chúng tôi có trách nhiệm bảo vệ thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) của quý vị

Chúng tôi bảo mật cho thông tin sức khỏe được bảo vệ (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 của chúng tôi. 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 của quý vị và được điều khiển cách sử dụng PHI của quý vị. Chúng tôi 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."

Những hội viên có thể đồng ý nhận các dịch vụ nhạy cảm không bắt buộc phải xin bất kỳ ủy quyền của thành viên nào khác để nhận các dịch vụ nhạy cảm hoặc gửi yêu cầu bồi hoàn cho các dịch vụ nhạy cảm. Blue Shield TotalDual Plan sẽ chỉ dẫn các thông tin liên lạc liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm đối với địa chỉ gửi thư được chỉ định thay thế của một hội viên, địa chỉ email hoặc số điện thoại hoặc, trong trường hợp không có chỉ định, trong tên của hội viên tại địa chỉ hoặc số điện thoại trong hồ sơ. Blue Shield TotalDual Plan sẽ không tiết lộ thông tin y tế liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm cho bất kỳ hội viên nào khác mà không có sự cho phép bằng văn bản từ hội viên nhận dịch vụ chăm sóc. Blue Shield TotalDual Plan sẽ chứa các yêu cầu liên lạc bí mật dưới dạng và định dạng được yêu cầu, nếu nó dễ sản xuất ở dạng và định dạng yêu cầu, hoặc tại các vị trí thay thế. Yêu cầu của một hội viên về thông tin liên lạc bí mật liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm sẽ có hiệu lực cho đến khi hội viên thu hồi yêu cầu hoặc gửi yêu cầu mới về thông tin liên lạc bí mật.

1. Đi tới **blueshieldca.com** vào liên kết Quyền riêng tư ở cuối trang chủ và in một bản sao.
2. Gọi số điện thoại bộ phận Chăm sóc Khách hàng trên thẻ ID hội viên Blue Shield của quý vị để yêu cầu bản sao.
3. Gọi số miễn cước Văn phòng Quyền riêng tư của Blue Shield of California theo số (888) 266-8080, 8 giờ sáng đến 3 chiều tối, Từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Người dùng TTY gọi 711.
4. Email cho chúng tôi theo số: privacy@blueshieldca.com.

C1. Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị như thế nào

Chúng tôi đảm bảo rằng những người không có thẩm quyền xem hoặc thay đổi hồ sơ của quý vị.

Ngoại trừ những trường hợp được ghi nhận dưới đây, 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. Nếu chúng tôi làm, chúng tôi phải xin quý vị cho phép trước bằng văn bản. Quý vị, hoặc ai đó được ủy quyền hợp pháp để ra quyết định thay cho quý vị, có thể cho phép bằng văn bản.

Đôi khi chúng tôi không cần phải xin quý vị cho phép trước bằng văn bản. Các ngoại lệ này được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu thực hiện:

- Chúng tôi phải tiết lộ PHI cho các cơ quan chính phủ kiểm tra chất lượng chăm sóc của chương trình chúng tôi.
- Chúng tôi phải tiết lộ PHI theo lệnh của tòa án.
- 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 thực hiện theo luật pháp của liên bang.
- Chúng tôi phải cung cấp Medi-Cal PHI của quý vị như chúng tôi:
    - Giúp quản lý điều trị chăm sóc sức khoẻ quý vị nhận được
    - Điều hành tổ chức của chúng tôi
    - Trả tiền cho dịch vụ y tế của quý vị
    - Quản lý chương trình sức khỏe của quý vị
    - Giúp đỡ về vấn đề sức khoẻ cộng đồng và an toàn
    - Thực hiện nghiên cứu
    - Tuân thủ pháp luật
    - Phản hồi các yêu cầu về hiến tạng, mô và làm việc với thanh tra y tế và giám đốc tang lễ
    - Giải quyết bồi thường của người lao động, hành pháp và các yêu cầu khác của chính phủ
    - Trả lời các vụ kiện và vụ tố tụng

C2. Quyền xem các hồ sơ y khoa của quý vị

- Quý vị có quyền được xem hồ sơ y tế của quý vị và nhận bản sao hồ sơ của quý vị.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cập nhật hoặc sửa sai hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi làm điều đó, chúng tôi làm việc với nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định xem có cần thay đổi hay không.
- Quý vị có quyền được biết chúng tôi có chia sẻ PHI của quý vị với người khác chưa và chia sẻ như thế nào.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại về quyền riêng tư về PHI của quý vị, gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

D. Chúng tôi có trách nhiệm cung cấp thông tin cho quý vị

Là một hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị có quyền nhận thông tin từ chúng tôi về chương trình của chúng tôi, các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi, và các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị.

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 về chương trình của chúng tôi. Để yêu cầu một thông dịch viên, gọi chúng tôi theo số (800) 452-4413 (TY: 711). Đây là dịch vụ 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. Tài liệu cũng có thể có sẵn bằng Tiếng Armenia, Tiếng Campuchia, Tiếng Trung, Tiếng Farsi, Tiếng Hindi, Tiếng Hmong, Tiếng Nhật, Tiếng Hàn, Tiếng Lào, Tiếng Miên, Tiếng Punjabi, Tiếng Nga, Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Tagalog, Tiếng Thái, Tiếng Ukraina, Tiếng Việt. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin dạng bản in chữ lớn chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình phù hợp và dễ tiếp cận với quý vị. Để có được thông tin phù hợp với quý vị, vui lòng gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

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 đã xếp 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 bác sĩ 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 này (tham khảo **Chương 3 và 4** *Sổ tay Hội viên*) và thuốc (tham khảo **Chương 5 và 6** của *Sổ tay Hội viên*) được chương trình của 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 (tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên*), 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 cân đối hóa đơn hoặc tính phí cho quý vị nếu chúng tôi trả ít hơn mức phí của nhà cung cấp 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, tham khảo **Chương 7** *Sổ tay Hội viên*.

F. Quý vị có quyền rời khỏi chương trình của chúng tôi

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 tận dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua chương trình Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage khác.
- Quý vị có thể nhận quyền lợi thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị qua một chương trình thuốc theo toa hoặc một chương trình Medicare Advantage khác.
- Tham khảo **Chương 10** của *Sổ tay Hội viên:*
  - 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.
  - Để biết quý vị sẽ nhận quyền lợi Medi-Cal như thế nào nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi.

G. Quý vị có quyền ra quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho mình

Quý vị có quyền được các bác sĩ và nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác cung cấp đầy đủ thông tin để giúp quý vị quyết định việc chăm sóc sức khỏe của mình.

G1. Quý vị có quyền được biết các lựa chọn điều trị của mình và quyết định

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 các lựa chọn điều trị khác nhau.
- **Biết các nguy cơ.** Quý vị có quyền được cho biết về mọi nguy cơ có thể gặp. Chúng tôi phải cho quý vị 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 sử dụng một bác sĩ khác nữa rồi mới ra quyết định về việc điều trị.
- **Nói không.** Quý vị có quyền từ chối bất kỳ việc 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 có quyền ngưng sử dụng một loại thuốc theo toa. Nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngưng sử dụng một loại thuốc theo toa, chúng tôi sẽ không loại quý vị 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 đã từ chối việc chăm sóc mà quý vị nghĩ là mình cần.
- **Yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc thuốc chúng tôi đã từ chối hoặc thường không bảo hiểm.** Việc này được gọi là yêu cầu ra "quyết định bảo hiểm." **Chương 9** *của Sổ tay Hội viên cho biết phải* làm sao để yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm.

G2. Quý vị có quyền cho biết quý vị muốn xảy ra điều gì

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 **ủy quyền cho ai đó được quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị.**
- **Cung cấp cho bác sĩ của quý vị hướng dẫn** bằng văn bản về cách xử lý chăm sóc sức khỏe của quý vị nếu quý vị không thể đưa ra quyết định cho chính mình, bao gồm cả chăm sóc mà quý vị **không** muốn.

Các tài liệu hợp pháp mà quý vị 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 bắt buộc phải có chỉ thị trước, nhưng quý vị có thể. Sau đây là những việc cần làm nếu quý vị muốn sử dụng chỉ thị trước:

- **Lấy biểu mẫu.** Quý vị có thể xin mẫu giấy tại bác sĩ, luật sư, cơ quan dịch vụ pháp lý, hoặc cán sự xã hội. Các nhà thuốc và văn phòng nhà cung cấp thường có các mẫu này. Quý vị có thể tìm mẫu miễn phí trên mạng và tải về. Quý vị cũng có thể liên hệ Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để hỏi xin biểu mẫu.
- **Điền vào biểu mẫu và ký tên.** Giấy này là một văn bản pháp luật. Quý vị nên cân nhắc nhờ luật sư hoặc một người nào khác mà quý vị tin tưởng, như thành viên gia đình hoặc PCP của quý vị, giúp quý vị hoàn tất việc đó.
- **Cung cấp bản sao cho những người cần biết.** Quý vị nên trao cho bác sĩ một bản sao. Quý vị cũng nên trao một bản sao cho người quý vị đã chỉ định để quyết định thay cho quý vị. Nếu muốn, quý vị có thể trao cho bạn thân hoặc thành viên gia đình bản sao của giấy. Giữ một bản sao tại nhà.
- Nếu quý vị đang nhập viện và quý vị đã làm giấy chỉ thị trước, **hãy mang theo một bản sao của giấy đến bệnh viện**.

- Bệnh viện sẽ hỏi xem quý vị có làm giấy chỉ thị trước hay chưa và quý vị có mang theo giấy đó không.
- Nếu quý vị không có đơn chỉ thị trước đã ký, bệnh viện có đơn và sẽ hỏi quý vị liệu có muốn ký một đơn không.

Quý vị có quyền:

- Đã có chỉ thị trước của quý vị trong hồ sơ y tế của quý vị.
- Thay đổi hoặc hủy bỏ chỉ dẫn trước của mình bất cứ lúc nào.
- Tìm hiểu về các thay đổi đối với các luật chỉ thị trước. Blue Shield TotalDual Plan sẽ cho quý vị biết về các thay đổi đối với luật tiểu bang muộn nhất là 90 ngày sau khi có thay đổi.

Có chỉ thị trước là lựa chọn **của quý vị**. Gọi Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để biết thêm thông tin.

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 cho rằng một bác sĩ hoặc bệnh viện đã không thực hiện theo chỉ thị của quý vị ghi trong giấy, quý vị có thể khiếu nại với Livanta (Tổ chức Cải thiện Chất lượng của California) theo số (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668) hoặc viết thư đến: BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701.

H. Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi

Chương 9 của Sổ tay Hội viên cho quý vị biết quývị có thể làm gì khi có bất kỳ vấn đề hoặc lo ngại gì về các dịch vụ hoặc chăm sóc được bảo hiểm 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 trong chương trình về chúng tôi. Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng để nhận thông tin này.

H1. Phải làm gì về việc điều trị bất công hoặc để biết thêm thông tin về quyền của quý vị

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã đối xử bất công với quý vị – và điều đó **không** phải là về việc bị phân biệt đối xử vì những lý do nêu tại **Chương 11** của *Sổ tay Hội viên* – hoặc quý vị muốn biết thêm thông tin về các quyền của mình, quý vị có thể gọi:

- Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711).

- Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế (HICAP) theo số (800) 434-0222 (TTY: 711). Để biết thêm chi tiết về HICAP, tham khảo Chương 2, Mục E.
- Chương trình Thanh tra theo số 1-888-452-8609. Để biết thêm chi tiết về chương trình này, tham khảo **Chương 2** *của Sổ tay Hội viên*.
- 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 xuống "Quyền & Biện pháp Bảo vệ Medicare," trên trang web Medicare tại www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên chương trình

Là một 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 chương trình của chúng tôi chi trả những gì và các quy tắc phải tuân theo để nhận được các dịch vụ và thuốc được bảo hiểm. Để biết chi tiết về:
  - Các dịch vụ được bảo hiểm, tham khảo **Chương 3 và 4** *của Sổ tay Hội viên.* 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, tham khảo **Chương 5 và 6** *của Sổ tay Hội viên.*
- **Nói cho chúng tôi biết về bất kỳ bảo hiểm nào về sức khỏe hoặc thuốc kê toa khác** quý vị có. Chúng tôi phải bảo đảm cho quý vị dùng tất cả các lựa chọn bảo hiểm của quý vị khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. 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 là hội viên chương trình của chúng tôi. Hãy trình thẻ ID chương trình của quý vị khi quý vị nhận các dịch vụ hoặc thuốc men.
- **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 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 dịch vụ khác của quý vị được biết về tất cả các thuốc mà quý vị dùng. Các thuốc đó gồm có thuốc theo toa, thuốc mua không cần toa, vitamin, và thuốc bổ.

- Hỏi bất kỳ câu hỏi nào mà quý vị có. 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 và quý vị không hiểu được câu trả lời, hãy hỏi lại.

- **Làm việc với điều phối viên chăm sóc sức khỏe của quý vị** bao gồm hoàn thành đánh giá nguy cơ sức khỏe hàng năm**.**

- **Hãy tôn trọng người khác.** Chúng tôi yêu cầu tất cả các hội viên chương trình tôn trọng quyền của người khác. Chúng tôi cũng yêu cầu quý vị cư xử một cách biết tôn trọng tại văn phòng bác sĩ của quý vị, bệnh viện, và các nhà cung cấp khác.

- **Hãy cho chúng tôi biết về bất kỳ dịch vụ nào quý vị nhận được ngoài chương trình của chúng tôi.**

- **Trả số tiền quý vị nợ.** Là một hội viên chương trình, quý vị chịu trách nhiệm về các khoản thanh toán này:

  - Phí bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B. Với hầu hết các hội viên của chương trình, Medi-Cal thanh toán phí bảo hiểm Phần A và phí bảo hiểm Phần B của quý vị.

  - Với một số dịch vụ và hỗ trợ lâu dài hoặc loại thuốc của quý vị được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, quý vị phải thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị khi quý vị nhận dịch vụ hoặc mua thuốc.

Thông báo cho chúng tôi nếu quý vị chuyển chỗ ở. Nếu quý vị có kế hoạch chuyển nhà, hãy 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 của chúng tôi.** Chỉ những người sống trong khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi mới có thể là hội viên của chương trình này. **Chương 1** của *Sổ tay Hội viên* cho quý vị biết về khu vực dịch vụ của chúng tôi.

  - Chúng tôi có thể giúp quý vị xác định xem liệu quý vị có chuyển ra ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi hay không. Chúng tôi có thể cho quý vị biết liệu chúng tôi có chương trình tại khu vực mới của quý vị hay không.

  - Hãy cho Medicare và Medi-Cal biết địa chỉ mới của quý vị khi quý vị chuyển nhà. Tham khảo **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên để* biết số điện thoại của Medicare và Medi-Cal.

  - **Nếu quý vị chuyển nhà và ở 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.

- **Cho chúng tôi biết quý vị có số điện thoại mới hoặc** cách tốt hơn để liên lạc với quý vị hay không.
- 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 chương trình của quý vị nói là sẽ không thanh toán.
- Quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình đã đưa ra 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 Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng đồng (CBAS), và dịch vụ của Cơ sở Điều dưỡng (NF).

Chương này có nhiều mục khác nhau giúp quý vị dễ tìm được thông tin cần tìm. **Nếu quý vị có một vấn đề hoặc lo ngại, đọc các phần của chương này áp dụng cho trường hợp 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 Thanh tra theo số 1-888-452-8609 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 gọi cho Chương trình Thanh tra để xin họ chỉ dẫn cho quý vị giải quyết vấn đề. Để biết các nguồn lực khác để giải quyết các lo ngại và cách liên lạc với họ, tham khảo **Chương 2** *của Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Những điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan ngại.....191

A1. Về các thuật ngữ pháp lý 192

B. Nơi nhận trợ giúp 192

B1. Để biết thêm thông tin và trợ giúp 192

C. Tìm hiểu về các khiếu nại và khiếu nại của Medicare và Medi-Cal trong chương trình của chúng tôi 194
D. Gặp vấn đề về Quyền lợi của quý vị 194
E. Quyết định bảo hiểm và kháng cáo 195
E1. Quyết định bảo hiểm 195
E2. Kháng cáo 196
E3. Nhận giúp đỡ đối với các quyết định bảo hiểm và kháng cáo 196
E4. Mục nào của chương này có thể giúp quý vị 197
F. Chăm sóc y tế 198
F1. Sử dụng mục này 198
F2. Yêu cầu quyết định bảo hiểm 199
F3. Đưa ra Kháng cáo Cấp 1 202
F4. Đưa ra Kháng cáo Cấp 2 205
F5. Các vấn đề về thanh toán 212
G. Thuốc theo toa Medicare Phần D 213
G1. Các quyết định bảo hiểm và khiếu nại Phần D 214
G2. Các ngoại lệ Phần D 215
G3. Điều quan trọng cần biết về yêu cầu một ngoại lệ 217
G4. Yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm ngoại lệ 218
G5. Đưa ra Kháng cáo Cấp 1 221
G6. Đưa ra Kháng cáo Cấp 2 223
H. Yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thời gian nằm viện lâu hơn 225
H1. Tìm hiểu về các quyền theo chương trình Medicare của quý vị 225
H2. Đưa ra Kháng cáo Cấp 1 227
H3. Đưa ra Kháng cáo Cấp 2 229

H4. Đưa ra Kháng cáo Thay thế Cấp 1 230
H5. Đưa ra Kháng cáo Thay thế Cấp 2 231
I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục bảo hiểm cho một số dịch vụ y tế nhất định 232
I1. Thông báo trước trước khi bảo hiểm của quý vị kết thúc....232
I2. Đưa ra Kháng cáo Cấp 1....232
I3. Đưa ra Kháng cáo Cấp 2....235
I4. Đưa ra Kháng cáo Thay thế Cấp 1....236
I5. Đưa ra Kháng cáo Thay thế Cấp 2....237
J. Tiến hành kháng cáo của quý vị sau Cấp 2....237
J1. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và khoản mục Medicare 238
J2. Kháng cáo Medi-Cal bổ sung....239
J3. Kháng cáo Cấp 3, 4, và 5 cho Yêu cầu Thuốc Phần D 240
K. Cách khiếu nại....241
K1. Nên khiếu nại những loại vấn đề nào....241
K2. Khiếu nại nội bộ 243
K3. Khiếu nại ra bên ngoài 245

A. Những điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có quan ngại

Chương này giải thích cách xử lý vấn đề và lo ngại. Quy trình quý vị sử dụng tùy thuộc vào loại vấn đề quý vị gặp phải. Sử dụng một quy trình **cho các quyết định bảo hiểm và khiếu nại** và một quy trình khác để **đưa ra phàn nàn;** cũng được gọi là than phiền.

Để đảm bảo công bằng và kịp thời, mỗi quy trình đều có 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 các thuật ngữ pháp lý trong chương này cho một số quy định và thời hạn. Nhiều thuật ngữ này khó hiểu, nên chúng tôi sử dụng những từ đơn giản hơn cho một số thuật ngữ pháp lý nào đó khi chúng tôi có thể. Chúng tôi hạn chế tối đa sử dụng từ viết tắt.

Ví dụ như, chúng tôi nói:

- "Đưa ra khiếu nại" thay vì "nộp than phiền"
- “Quyết định bảo hiểm” thay vì "xác định của tổ chức", “xác định quyền lợi”, “xác định rủi ro” hoặc "xác định bảo hiểm”
- “Quyết định bảo hiểm nhanh" (“Fast coverage decision”) thay vì "xác định xúc tiến" (“expedited determination”)
- "Tổ chức Xem xét Độc lập" thay vì "Đơn vị Xem xét Độc lập"

Hiểu đúng các thuật ngữ pháp lý giúp quý vị truyền đạt ý muốn rõ ràng hơn, và chúng tôi cũng vậy.

B. Nơi nhận trợ giúp

B1. Để biết thêm thông tin và trợ giúp

Đôi khi thật khó hiểu khi bắt đầu hoặc thực hiện theo quy trình xử lý một vấn đề. Điều này đặc biệt đúng khi quý vị cảm thấy không khỏe hoặc yếu sức. Ngoài ra, quý vị cũng có thể thiếu thông tin cần thiết để thực hiện bước kế tiếp.

Xin trợ giúp Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế

Quý vị có thể gọi cho Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP). Các tư vấn viên của HICAP có thể giải đáp thắc mắc của quý vị và giúp quý vị biết phải làm gì về 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.

Trợ giúp từ Health Consumer Alliance

Quý vị có thể gọi cho Health Consumer Alliance và nói chuyện với người biện hộ về các câu hỏi về bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Họ cung cấp trợ giúp pháp lý miễn phí. Health Consumer Alliance không liên kết với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào khác. Số điện thoại của họ là 1-888-804-3536 và trang web của họ là www.healthconsumer.org.

Trợ giúp và thông tin từ Medicare

Để biết thêm thông tin và trợ giúp, quý vị có thể liên hệ với Medicare. 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. Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048.
- Truy cập trang web Medicare (www.medicare.gov).

Trợ giúp và thông tin từ Medi-Cal

Các cơ quan Medi-Cal (Medicaid) theo Quận (California)		
Quận của Quý vị	**Tên Cơ quan**	**Gọi**
Quận Los Angeles	Phòng Dịch vụ Xã hội Công	1-866-613-3777
Quận San Diego	Cơ quan Sức khỏe & Dịch vụ Nhân sinh	1-866-262-9881
TRANG MẠNG:	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx	

Xin Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California trợ giúp

Thanh tra viên Quản lý Chăm sóc Sức khỏe Medi-Cal thuộc Bộ Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California (DHCS) có thể trợ giúp. Họ có thể trợ giúp nếu quý vị gặp vấn đề về tham gia thay đổi hoặc rời khỏi chương trình sức khỏe. Họ cũng có thể trợ giúp nếu quý vị chuyển đi hoặc có vấn đề về nhận Medi-Cal khi chuyển sang quận mới. Quý vị có thể gọi cho Thanh tra viên từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều theo số 1-888-452-8609.

Trợ giúp từ Sở Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý của California

Liên lạc Sở Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý của California để được trợ giúp miễn phí. DMHC chịu trách nhiệm quy định cho các chương trình sức khỏe. DMHC giúp người 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 TDD miễn phí, 1-877-688-9891.

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 về chương trình sức khỏe của mình, trước hết quý vị nên gọi Trung tâm Chăm sóc Khách hàng 1-800-452-4413 và sử dụng quy trình phàn nàn của chương trình sức khỏe của quý vị trước khi liên hệ với Sở. Việc sử dụng thủ tục khiếu nại này sẽ không ngăn cấm quý vị thực thi bất kỳ quyền hoặc giải pháp pháp lý nào mà quý vị có thể sử dụng. Nếu quý vị cần giúp đỡ để khiếu nại về một trường hợp

cấp cứu, khiếu nại chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng, hay 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 Đánh giá Y tế độc lập (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. Sở cũng có số điện thoại miễn phí **(1-888-466-2219)** và một đường dây TDD **(1-877-688-9891)** dành cho những người gặp khó khăn về nghe nói. Trang web Internet của Sở **www.dmhc.ca.gov** có các biểu mẫu khiếu nại, biểu mẫu đơn IMR và các hướng dẫn trực tuyến.

C. Tìm hiểu về các khiếu nại và khiếu nại của Medicare và Medi-Cal trong chương trình của chúng tôi

Quý vị có Medicare và Medi-Cal. Thông tin trong chương này áp dụng cho **tất cả** các quyền lợi Medicare và Medi-Cal của quý vị. Đôi khi đây được gọi là "quy trình tích hợp" vì nó kết hợp, hoặc tích hợp, các quy trình Medicare và Medi-Cal.

Đôi khi các quy trình Medicare và Medi-Cal không thể kết hợp được. Trong những trường hợp đó, quý vị sử dụng một quy trình cho quyền lợi Medicare và một quy trình khác cho quyền lợi Medi-Cal. **Mục F4** giải thích các tình huống này.

D. Gặp vấn đề về Quyền lợi của quý vị

Nếu quý vị có một vấn đề hoặc lo ngại, đọc các phần của chương này áp dụng cho trường hợp của quý vị. Bảng sau đây 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?
Điều này bao gồm các vấn đề về việc chăm sóc y tế cụ thể hoặc thuốc kê đơn có được bảo hiểm hay không, chúng được bảo hiểm theo cách nào, và các vấn đề về thanh toán cho chăm sóc y tế hoặc thuốc kê đơn.

Vấn đề hoặc lo ngại của quý vị là về quyền lợi hay bảo hiểm? Điều này bao gồm các vấn đề về việc chăm sóc y tế cụ thể hoặc thuốc kê đơn có được bảo hiểm hay không, chúng được bảo hiểm theo cách nào, và các vấn đề về thanh toán cho chăm sóc y tế hoặc thuốc kê đơn.	
Có. Vấn đề của tôi liên quan đến các quyền lợi hoặc bảo hiểm. Tham khảo **Mục E,** “Quyết định bảo hiểm và kháng cáo.”	**Không.** Vấn đề của tôi không phải là quyền lợi hoặc bảo hiểm. Tham khảo **Mục K**, "Phải làm sao để khiếu nại.”

E. 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.

E1. Quyết định bảo hiểm

Một quyết định bảo hiểm là một quyết định mà chúng tôi thực hiện về quyền lợi và bảo hiểm hoặc về số tiền chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ y tế hoặc các thuốc của quý vị. Chúng tôi ra quyết định bảo hiểm mỗi khi chúng tôi xác định được bảo hiểm gì cho quý vị và chúng tôi trả bao nhiêu. Ví dụ, bác sĩ trong mạng lưới của quý vị thực hiện một quyết định bảo hiểm thuận lợi cho quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận được chăm sóc y tế từ họ hoặc nếu họ giới thiệu quý vị với một bác sĩ chuyên khoa y tế.

Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên lạc với chúng tôi và yêu cầu ra quyết định bảo hiểm. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị có thể không chắc chắn liệu chúng tôi có bảo hiểm một dịch vụ y tế cụ thể hay không hoặc nếu chúng tôi có thể từ chối cung cấp chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ rằng quý vị cần. **Nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có bảo hiểm một dịch vụ y tế trước khi quý vị nhận được nó hay không, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện một quyết định bảo hiểm cho quý vị.**

Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định một dịch vụ hay thuốc không được bảo hiểm hoặc không còn được Medicare hoặc Medi-Cal bảo hiểm cho quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm này, quý vị có thể đưa ra khiếu nại.

E2. Kháng cáo

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm, và quý vị không hài lòng với quyết định này, quý vị có thể "khiếu nại" quyết định đó. Khiếu nại là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi quyết định bảo hiểm chúng tôi đã đưa ra.

Khi quý vị khiếu nại một quyết định lần đầu tiên, việc này được gọi là Khiếu nại Mức 1 Trong lần kháng cáo này, chúng tôi xem xét quyết định bảo hiểm chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ đúng tất cả các quy tắc hay không. Những người xem xét khác với những người đã đưa ra quyết định không thuận lợi ban đầu xử lý khiếu nại của quý vị.

Trong hầu hết mọi trường hợp, quý vị phải tiến hành kháng cáo từ Cấp 1. Nếu trong những trường hợp đặc biệt quý vị không muốn kháng cáo về dịch vụ Medi-Cal với chương trình trước, 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 và cần quyết định ngay lập tức, quý vị có thể yêu cầu Đánh giá Y khoa Độc lập từ Sở Chăm sóc Sức khỏe có Quản lý theo số www.dmhc.ca.gov. Tham khảo trang 185 để tìm hiểu thêm.

Khi chúng tôi hoàn thành việc xem xét chúng tôi cung cấp cho quý vị quyết định của chúng tôi. Trong một số trường hợp, được giải thích sau trong chương này Mục F2, quý vị có thể yêu cầu một "quyết định bảo hiểm nhanh chóng hoặc nhanh chóng" hoặc khiếu nại nhanh về một quyết định bảo hiểm.

Nếu chúng tôi nói **Không** cho tất cả hoặc một phần Kháng cáo Cấp 1 của quý vị, quý vị có thể đi tới một Kháng cáo Cấp 2. Tổ chức Xem xét Độc lập không có quan hệ gì với chúng tôi sẽ tiến hành Kháng cáo Cấp 2.

- Trong một số tình huống, trường hợp của quý vị **được tự động gửi** đến Tổ chức Xem xét Độc lập cho một Kháng cáo Cấp 2. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ cho quý vị biết.
- Trong các trường hợp khác, quý vị **cần phải yêu cầu** một Kháng cáo Cấp 2.
- Tham khảo **Mục F4** để tìm hiểu thêm về Kháng cáo Cấp 2.

Nếu quý vị không hài lòng với quyết định về Kháng cáo Cấp 2, quý vị có thể đến thông qua các cấp kháng cáo thêm.

E3. Nhận giúp đỡ đối với các quyết định bảo hiểm và kháng cáo

Quý vị có thể yêu cầu trợ giúp từ bất kỳ mục nào sau đây:

- **Bộ phận Chăm sóc Khách hàng** theo các số ở cuối trang.
- **Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP)** theo số 1-800-434-0222.

- **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 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 TDD miễn phí, 1-877-688-9891.
- **Bác sĩ hoặc nhà cung cấp 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.
- **Bạn bè hoặc thành viên gia đình**. Quý vị có thể chỉ định một người khác làm "đại diện" hành động thay cho quý vị và yêu cầu ra quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo.
- **Là luật sư**. Quý vị có quyền nhờ luật sư, nhưng **quý vị không bắt buộc phải nhờ luật sư mới** được yêu cầu ra quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo.
    - 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.
    - Yêu cầu luật sư hỗ trợ pháp lý từ Health Consumer Alliance theo số 1-888-804-3536.

Điền mẫu giấy Chỉ định Đại diện nếu quý vị muốn luật sư hoặc người khác làm đại diện cho quý vị. Giấy này cho phép ai đó hành động thay cho quý vị.

Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo các số ở cuối trang và yêu cầu mẫu "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. **Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao của giấy đã ký tên này.**

E4. Mục nào của chương này có thể giúp quý vị

Có bốn loại tình huống liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng cáo. Mỗi trường hợp có các quy định và thời hạn khác nhau. Chúng tôi cung cấp các chi tiết cho mỗi mục trong một mục riêng của chương này. Tham khảo mục áp dụng:

- **Mục F**, "Chăm sóc y tế"
- **Mục G**, "Thuốc theo toa Medicare Phần D"
- **Mục H**, "Yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thời gian nội trú bệnh viện lâu hơn"
- **Phần I**, "Yêu cầu chúng tôi tiếp tục bảo hiểm các dịch vụ y tế nhất định (Phần này chỉ áp dụng cho các dịch vụ này: chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng

chuyên môn và các dịch vụ của Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF).)

Nếu quý vị không biết chắc phải sử dụng mục nào, xin gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số ở cuối trang. Quý vị cũng có thể nhận được trợ giúp hoặc thông tin từ các tổ chức chính phủ như Chương trình Trợ giúp Bảo hiểm Sức khỏe Tiểu bang của quý vị.

F. Chăm sóc y tế

Phần này giải thích những gì phải làm nếu quý vị có vấn đề về nhận bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi trả lại cho quý vị khoản chia sẻ của chúng tôi cho chi phí của dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Phần này nói về các quyền lợi chăm sóc y tế và các dịch vụ được mô tả trong **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên của quý vị.* Chúng tôi thường đề cập đến "bảo hiểm chăm sóc y tế" hoặc "chăm sóc y tế " trong phần còn lại của phần này. Thuật ngữ "chăm sóc y tế" bao gồm các dịch vụ và khoản mục y tế cũng như các thuốc theo toa Medicare Phần B thường là các loại thuốc do bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe của quý vị quản lý. Các quy định khác nhau có thể áp dụng cho thuốc theo toa Phần B. Khi thực hiện, chúng tôi sẽ giải thích cách thức các quy định về thuốc theo toa Phần B khác với các quy định về các dịch vụ và khoản mục y tế.

F1. Sử dụng mục này

Mục này giải thích những gì quý vị có thể làm trong bất kỳ trường hợp nào sau đây:

1. Quý vị nghĩ chúng tôi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế 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. Tham khảo **Mục F2**.

2. Chúng tôi không chấp thuận cho dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ hoặc nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác của quý vị muốn cung cấp cho quý vị, và quý vị nghĩ rằng chúng tôi phải chấp thuận.

   Việc quý vị có thể làm là: Quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Tham khảo **Mục F3**.

3. Quý vị đã nhận chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ là chúng tôi bảo hiểm, nhưng chúng tôi lại không thanh toán.

   Việc quý vị có thể làm là: Quý vị có thể kháng cáo quyết định không thanh toán của chúng tôi. Tham khảo **Mục F5**.

4. Quý vị đã nhận và trả tiền cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ là chúng tôi bảo hiểm, và quý vị muốn chúng tôi trả lại tiền cho quý vị.

   Việc quý vị có thể làm là: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị. Tham khảo **Mục F5**.

5. Chúng tôi giảm hoặc ngưng bảo hiểm cho quý vị một số dịch vụ chăm sóc y tế nhất định, và quý vị cho rằng quyết định của chúng tôi có thể gây hại cho sức khỏe của quý vị.

6. Quý vị đang bị chậm trễ trong chăm sóc hoặc quý vị không thể tìm bác sĩ.

Việc quý vị có thể làm là: Quý vị có thể kháng cáo quyết định giảm hoặc ngưng chăm sóc y tế. Tham khảo **Mục F4**.

- Nếu bảo hiểm 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. Tham khảo **Mục H** hoặc **Mục I** để tìm hiểu thêm.
- Đối với tất cả các trường hợp khác liên quan đến giảm hoặc ngưng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế nhất định, sử dụng phần này (**Mục F**) làm hướng dẫn của quý vị.

F2. Yêu cầu quyết định bảo hiểm

> Khi một quyết định bảo hiểm liên quan đến chăm sóc y tế của quý vị, nó được gọi là một **"thẩm định của tổ chức tích hợp."**

Quý vị, bác sĩ hay đại diện của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm bằng cách:

- Gọi: (800) 452-4413 TTY: 711.
- Gửi fax: (877) 251-6671.
- Viết: BlueShield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.

Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn

Blue Shield TotalDual Plan sẽ quyết định phê duyệt trước thông thường trong vòng 5 ngày làm việc kể từ khi Blue Shield TotalDual Plan nhận được thông tin cần thiết để đưa ra quyết định và không muộn hơn 14 ngày theo lịch sau khi Blue Shield TotalDual Plan nhận được yêu cầu. Khi chúng tôi cung cấp cho quý vị quyết định của chúng tôi, chúng tôi sử dụng các thời hạn "tiêu chuẩn" trừ khi chúng tôi đồng ý sử dụng các thời hạn "nhanh". Một quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn nghĩa là chúng tôi cho quý vị câu trả lời về việc:

- Dịch vụ hoặc khoản mục y tế trong vòng 5 ngày làm việc sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

- Thuốc theo toa Medicare Phần B trong vòng 72 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

Đối với một dịch vụ hoặc khoản mục y tế, chúng tôi có thể mất thêm 14 ngày theo lịch nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị (ví dụ như các hồ sơ y tế từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới). Nếu chúng tôi cần thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ cho quý vị biết bằng văn bản. **Chúng tôi không thể tốn thêm ngày để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị về thuốc theo toa Medicare Phần B.**

Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi **không** cần thêm ngày, quý vị có thể "khiếu nại nhanh" về quyết định sử dụng số ngày dự phòng của chúng tôi. Khi quý vị đưa ra khiếu nại nhanh, chúng tôi đưa ra câu trả lời cho khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ. Quy trình để đưa ra khiếu nại khác với quy trình ra quyết định bảo hiểm và kháng cáo. Để tìm hiểu thêm về việc khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, tham khảo **Mục K**.

Quyết định bảo hiểm nhanh

> Thuật ngữ pháp lý “Quyết định bảo hiểm nhanh” là “**xác định xúc tiến**.”

Khi quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm về chăm sóc y tế của quý vị và sức khỏe của quý vị đòi hỏi một phản hồi nhanh chóng, yêu cầu chúng tôi đưa ra "quyết định bảo hiểm nhanh." Một quyết định bảo hiểm nhanh nghĩa là chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời về việc:

- Dịch vụ hoặc khoản mục y tế trong vòng 72 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

- Thuốc theo toa Medicare Phần B trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

Đối với một dịch vụ hoặc khoản mục y tế, chúng tôi có thể mất tối đa 14 ngày theo lịch nếu chúng tôi thấy một số thông tin có thể có lợi cho quý vị đang bị thiếu (ví dụ như các hồ sơ y tế từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới), hoặc nếu quý vị cần thời gian để lấy thông tin cho chúng tôi xem xét. Nếu chúng tôi cần thêm ngày để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ cho quý vị biết bằng văn bản. **Chúng tôi không thể tốn thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị về thuốc theo toa Medicare Phần B.**

Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi **không** cần phải sử dụng thêm ngày để đưa ra quyết định bảo hiểm, quý vị có thể "khiếu nại nhanh" về quyết định sử dụng số ngày dự phòng của chúng tôi.

Để tìm hiểu thêm về việc khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, xin xem tại **Mục K**. Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định.

Để có được một quyết địnhbảo hiểm nhanh chóng, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị đang yêu cầu bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị **không nhận được**. Quý vị không thể yêu cầu ra quyết định bảo hiểm nhanh về việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận rồi.

- Sử dụng thời hạn 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.

Chúng tôi tự động ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi phải làm thế. Nếu quý vị yêu cầu mà không có sự ủng hộ của bác sĩ quý vị, chúng tôi quyết định xem quý vị có cần phải được quyết định nhanh hay không.

Nếu chúng tôi quyết định rằng sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để có quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư thông báo như vậy và chúng tôi sử dụng các thời hạn chuẩn để thay thế. Thư này cho quý vị biết:

- Chúng tôi tự động ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị khi bác sĩ của quý vị yêu cầu ra quyết định đó.

- Phải làm sao để "khiếu nại nhanh" về quyết định của chúng tôi là sẽ ra quyết định đài thọ thường chứ không ra quyết định đài thọ nhanh theo yêu cầu của quý vị. Để tìm hiểu thêm về việc khiếu nại, kể cả khiếu nại nhanh, tham khảo **Mục K**.

Nếu chúng tôi nói Không đồng ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi gửi thư giải thích lý do cho quý vị.

- Nếu chúng tôi nói **Không**, quý vị có quyền đưa ra kháng cáo. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã nhầm lẫn, đưa ra khiếu nại là một cách chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi và thay đổi quyết định đó.

- Nếu quý vị quyết định kháng cáo, quý vị sẽ đến Cấp 1 của quy trình kháng cáo (tham khảo **Mục F3**).

Trong một số ít trường hợp, chúng tôi có thể loại bỏ yêu cầu của quý vị về một quyết định bảo hiểm, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét lại yêu cầu đó. Các ví dụ về thời điểm một yêu cầu sẽ bị loại bỏ bao gồm:

- Nếu yêu cầu không hoàn tất,

- Nếu ai đó thực hiện yêu cầu thay cho quý vị nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm như vậy, hoặc
- Nếu quý vị yêu cầu rút yêu cầu của mình.

Nếu chúng tôi loại bỏ một yêu cầu cho một quyết định bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu bị loại bỏ và làm thế nào để yêu cầu xem xét quyết định loại bỏ. Xem xét này được gọi là kháng cáo. Kháng cáo được thảo luận ở mục kế tiếp.

F3. Đưa ra Kháng cáo Cấp 1

Để bắt đầu kháng cáo, quý vị, bác sỹ của quý vị, hoặc người đại diện của quý vị phải liên hệ với chúng tôi. Gọi chúng tôi theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711).

Yêu cầu kháng cáo thường hoặc kháng cáo nhanh bằng văn bản hoặc gọi điện thoại cho chúng tôi theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711).

- Nếu bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị yêu cầu tiếp tục sử dụng một dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị đã nhận được trong quá trình kháng cáo, quý vị có thể cần chỉ định họ làm đại diện để thực hiện thay mặt quý vị.
- Nếu ai đó không phải là bác sĩ của quý vị kháng cáo thay cho quý vị, bao gồm giấy Chỉ định Đại diện cho phép người này đại diện cho quý vị. Quý vị có thể nhận mẫu này bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
- Chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu khiếu nại mà không có mẫu đơn nhưng chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn thành việc xem xét cho đến khi chúng tôi nhận được nó. Nếu chúng tôi không nhận được mẫu đơn này trong vòng 44 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị:
  - Chúng tôi loại bỏ yêu cầu của quý vị, và
  - Chúng tôi gửi một thông báo bằng văn bản cho quý vị giải thích quyền của quý vị được yêu cầu Tổ chức Xem xét Độc lập xem xét lại quyết định loại bỏ của chúng tôi đối với khiếu nại của quý vị.

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. Ví dụ về lý do chính đáng là những việc như quý vị bị ốm nặng hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn. Giải thích lý do tại sao kháng cáo muộn khi quý vị kháng cáo.

Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao miễn phí các thông tin về kháng cáo của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể cung cấp thêm thông tin cho chúng tôi nhằm hỗ trợ kháng cáo của quý vị.

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu chúng tôi tiến hành kháng cáo nhanh.

> Thuật ngữ pháp lý cho "kháng cáo nhanh" là **"tái xét cấp tốc."**

- Nếu quý vị kháng cáo quyết định của chúng tôi về việc đài thọ cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị không nhận được, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị quyết định xem quý vị có cần kháng cáo nhanh hay không.
- Quy trình kháng cáo nhanh cũng y như quy trình ra quyết định bảo hiểm nhanh. Để yêu cầu khiếu nại nhanh, làm theo những hướng dẫn để yêu cầu một quyết định bảo hiểm nhanh trong **Mục F2**.
- Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị yêu cầu nó, chúng tôi sẽ cung cấp khiếu nại nhanh cho quý vị.

Nếu chúng tôi nói với quý vị rằng chúng tôi đang ngưng hoặc giảm các dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị đã nhận được, quý vị có thể tiếp tục sử dụng các dịch vụ hoặc khoản mục đó trong khi quý vị kháng cáo.

- Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc ngừng bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc mặt hàng mà quý vị nhận được, chúng tôi gửi cho quý vị một thông báo trước khi chúng tôi thực hiện hành động.
- Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể nộp đơn Kháng cáo Cấp 1.
- Chúng tôi tiếp tục bảo hiểm cho dịch vụ hoặc khoản mục đó nếu quý vị yêu cầu Kháng cáo Cấp 1 **trong vòng 10** ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thư của chúng tôi hoặc theo ngày dự định hành động có hiệu lực, tùy vào thời điểm nào đến muộn hơn.
    - Nếu quý vị đáp ứng được thời hạn này, quý vị sẽ được nhận dịch vụ hoặc khoản mục đó mà không có thay đổi gì trong khi chờ kháng cáo Cấp 1.
    - Quý vị cũng sẽ được nhận tất cả các dịch vụ hoặc khoản mục khác (không phải là chủ đề của kháng cáo của quý vị) không có thay đổi gì.
    - Nếu quý vị không kháng cáo trước những ngày này, dịch vụ hoặc thuốc của quý vị sẽ không được tiếp tục cung cấp trong thời gian quý vị chờ quyết định kháng cáo.

Chúng tôi xem xét kháng cáo của quý vị và cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

- Khi chúng tôi xem xét kháng cáo của quý vị, chúng tôi sẽ xem kỹ lưỡng thêm tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị.
- Chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ tất cả các quy tắc khi chúng tôi nói **Không** với yêu cầu của quý vị hay không.
- Chúng tôi thu thập thêm thông tin nếu chúng tôi cần. Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị hoặc bác sỹ của quý vị để có thêm thông tin.

Có thời hạn cho kháng cáo nhanh.

- Khi chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời cho quý vị **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 phải như vậy.

Nếu chúng tôi không trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Tổ chức Xem xét Độc lập sau đó sẽ xem xét. Ở phần sau của chương này, chúng tôi sẽ cho quý vị biết về tổ chức này và giải thích quy trình kháng cáo Cấp 2.

- **Nếu chúng tôi nói Có với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị,** chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp phạm vi bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- **Nếu chúng tôi nói Không cho một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu,** chúng tôi sẽ tự động gửi đến Tổ chức Xét duyệt Độc lập để Kháng cáo Cấp 2.

Có các thời hạn cho một khiếu nại tiêu chuẩn.

- Khi chúng tôi sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại về bảo hiểm cho các dịch vụ quý vị không nhận được.
- Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B mà quý vị không nhận được, chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi 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 đưa ra câu trả lời cho quý vị trước thời hạn, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Tổ chức Xem xét Độc lập sau đó sẽ xem xét. Ở phần sau của chương này, chúng tôi sẽ cho quý vị biết về tổ chức này và giải thích quy trình kháng cáo Cấp 2.

Nếu chúng tôi nói Đồng ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cấp trong vòng 30 ngày theo lịch, hoặc **trong vòng 7 ngày theo lịch** nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc kê toa Medicare Phần B, sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

Nếu chúng tôi nói Không đồng ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, ***quý vị có các quyền kháng cáo bổ sung:***

Nếu chúng tôi nói **Không** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi gửi cho quý vị một lá thư.

- Nếu vấn đề của quý vị là về việc bảo hiểm cho một dịch vụ hay khoản mục Medicare, thư cho quý vị biết chúng tôi đã chuyển trường hợp của quý vị cho Tổ chức Đánh giá Độc lập 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 cho quý vị biết quý vị sẽ cần tự tiến hành Kháng cáo Cấp 2 như thế nào.

F4. Đưa ra Kháng cáo Cấp 2

Nếu chúng tôi nói **Không** với một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu trong Kháng cáo Cấp 1, chúng tôi gửi thư cho quý vị biết. Thư này cho quý vị biết Medicare, Medi-Cal, hoặc cả hai chương trình thường bảo hiểm cho dịch vụ hoặc khoản mục đó hay không.

- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc khoản mục **Medicare** thường bảo hiểm, chúng tôi 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** thường bảo hiểm, quý vị có thể tự tiến hành phần Kháng cáo Cấp 2. Thư này cho quý vị biết phải làm việc này như thế nào. Chúng tôi cũng nêu thêm các thông tin sau trong chương này Chúng tôi không tự động nộp đơn Kháng cáo Cấp 2 cho quý vị cho các dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc khoản mục mà **cả Medicare và Medi-Cal** có thể bảo hiểm, quý vị sẽ tự động nhận được Kháng cáo Cấp 2 với Tổ chức Xem xét Độc lập. Quý vị cũng có thể yêu cầu mở Phiên Phân xử Công bằng với tiểu bang.

Nếu quý vị đủ điều kiện được tiếp tục hưởng quyền lợi khi quý vị nộp đơn Kháng cáo Cấp 1, quyền lợi dịch vụ, khoản mục, hoặc thuốc theo kháng cáo của quý vị cũng có thể được tiếp tục cung cấp ở Cấp 2. Tham khảo **Mục F3** để tìm hiểu về việc tiếp tục hưởng quyền lợi của quý vị trong khi Kháng cáo Cấp 1.

- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ thường được Medicare bảo hiểm, quyền lợi cho dịch vụ đó 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 thường chỉ được Medi-Cal bảo hiểm, quyền lợi dịch vụ đó của quý vị sẽ được tiếp tục cung cấp nếu quý vị nộp Kháng cáo Cấp 2 trong vòng 10 ngày theo lịch kể từ khi nhận được thư quyết định của chúng tôi.

Khi vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc khoản mục Medicare thường bảo hiểm

Tổ chức Xem xét Độc lập xem xét lại khiếu nại của quý vị. Đó là một tổ chức độc lập do Medicare tuyển dụng.

> Tên chính thức của "Tổ chức Xem xét Độc lập" là **"Cơ quan Xem xét Độc lập,"** đôi khi được gọi là **"IRE."**

- Tổ chức này không có liên kết với chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Medicare chọn công ty làm Tổ chức Xem xét Độc lập, và Medicare giám sát công việc của họ.
- Chúng tôi gửi thông tin về khiếu nại của quý vị ("hồ sơ trường hợp" của quý vị cho tổ chức này. Quý vị có quyền yêu cầu một bản sao hồ sơ vụ việc của mình.
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho Tổ chức Xem xét Độc lập để hỗ trợ khiếu nại của quý vị.
- Những người xem xét ở Tổ chức Xem xét Độc lập xem cẩn thận tất cả thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.

Nếu quý vị có một kháng cáo nhanh ở Cấp 1, quý vị cũng có một kháng cáo nhanh ở Cấp 2.

- Nếu quý vị có kháng cáo nhanh ở Cấp 1, quý vị tự động có một kháng cáo nhanh ở Cấp 2. Tổ chức Xem xét Độc lập phải cung cấp cho quý vị câu trả lời cho Kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị có một kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 1, quý vị cũng sẽ có một kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 2.

- Nếu quý vị có một khiếu nại tiêu chuẩn đối với chúng tôi ở Cấp 1, quý vị tự động nhận một kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 2.

- Nếu yêu cầu của quý vị là về một dịch vụ hoặc mục y tế, Tổ chức Xem xét Độc lập phải cho quý vị câu trả lời về Kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi nhận được kháng cáo của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B, Tổ chức Xem xét Độc lập phải cho quý vị câu trả lời về Kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi nhận được kháng cáo của quý vị.

Tổ chức Xem xét Độc lập cho quý vị câu trả lời của họ bằng văn bản và giải thích lý do.

- **Nếu Tổ chức Xem xét Độc lập nói Đồng ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu cung cấp một danh mục hoặc dịch vụ y tế,** chúng tôi phải thực hiện ngay quyết định đó:
  - Cho phép bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế **trong vòng 72 giờ** hoặc
  - Cung cấp dịch vụ này trong vòng **14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức Xem xét Độc lập đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc
  - Cung cấp dịch vụ **trong vòng 72 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức Xem xét Độc lập cho **các yêu cầu cấp tốc**.
- Nếu Tổ chức Xem xét Độc lập nói **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả yêu cầu xin thuốc kê toa Medicare Phần B, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc kê toa Medicare Phần B có tranh chấp:
  - **Trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức Xem xét Độc lập cho **các yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc
  - **Trong vòng 24 giờ kể** từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức Xem xét Độc lập cho **các yêu cầu cấp tốc.**
- Nếu Tổ chức Xem xét Độc lập nói **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả khiếu nại của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu) cho bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế. Việc này được gọi là "ủng hộ quyết định" hoặc "bác kháng cáo của quý vị".

Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng yêu cầu, quý vị quyết định xem có muốn đưa ra khiếu nại ở mức cao hơn hay không.

Có ba mức bổ sung trong quy trình khiếu nại sau Cấp 2, tổng cộng năm cấp.

Nếu Kháng cáo Cấp 2 của quý vị bị từ chối và quý vị đáp ứng yêu cầu để tiếp tục quy trình khiếu nại, quý vị phải quyết định xem có muốn đến Cấp 3 và đưa ra khiếu nại lần thứ ba hay

không. Chi tiết về cách thức thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau Kháng cáo Cấp 2 của quý vị.

Thẩm phán Luật Hành chính hoặc quan tòa xử lý Kháng cáo Cấp 3. Tham khảo **Mục J** để tìm hiểu thêm về Kháng cáo Cấp 3, 4, và 5.

Khi vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc khoản mục Medi-Cal thường bảo hiểm

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, nhưng chúng tôi không cần mẫu giấy Chỉ định Đại diện, quý vị sẽ cần nộp lại kháng cáo của quý vị với chúng tôi trước khi quý vị có thể nộp IMR Cấp 2 với 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. Tham khảo trang 216 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 Mẫu Đơn Khiếu nại/Phàn nàn Đánh giá Y tế Độc lập (IMR) có cung cấp tại: www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx hoặc gọi Trung tâm Trợ giúp DMHC theo số 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 lấy mẫu đó tại www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx hoặc gọi điện xin Trung tâm Trợ giúp của Cơ quan 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 đang sử dụng một bác sĩ không nằm trong mạng lưới của chương trình sức khỏe của mình, điều quan trọng là quý vị phải lấy và gửi cho chúng tôi hồ sơ y tế của quý vị từ bác sĩ đó. 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 Phiên Điều trần của Tiểu bang. Đọc “Quyền lợi của tôi có còn được tiếp tục cung cấp không trong khi đang kháng cáo Cấp 2” tại trang 194 để tìm hiểu thêm.

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

    - Cho State Hearings Division Ban Phân xử của Tiểu bang theo số fax 916-651-5210 hoặc 916-651-2789.

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.

Văn phòng Phân xử Công bằng cho quý vị quyết định của họ bằng văn bản và giải thích lý do.

- Nếu văn phòng Phân xử Công bằng nói **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả yêu cầu cung cấp một khoản mục hoặc dịch vụ y tếchúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ hoặc khoản mục đó **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của họ.
- Nếu văn phòng Phân xử Công bằng nói **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả khiếu nại của quý vị, tức là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận cho yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu) về bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế. Việc này được gọi là "ủng hộ quyết định" hoặc "bác kháng cáo của quý vị".

Nếu quyết định của Tổ chức Xem xét Độc lập hoặc Văn phòng Phân xử Công bằng là **Không đồng ý** cho tất cả hoặc một phần yêu cầu của quý vị, quý vị có các quyền kháng cáo khác.

Nếu Kháng cáo Cấp 2 của quý vị đã gửi đến **Tổ chức Xem xét Độc lập,** quý vị có thể kháng cáo một lần nữa chỉ khi nào giá trị bằng tiền của dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị muốn đáp ứng một giá trị tối thiểu nhất định. Thẩm phán Luật Hành chính hoặc quan tòa xử lý Kháng cáo Cấp 3. **Thư của Tổ chức Xem xét Độc lập gửi cho quý vị sẽ cho biết thêm các quyền về kháng cáo mà quý vị có thể có.**

Lá thư mà văn phòng Phiên Phân xử Công bằng gửi cho quý vị mô tả lựa chọn kháng cáo tiếp theo.

Tham khảo **Mục J** để tìm hiểu thêm về các quyền kháng cáo của quý vị sau Cấp 2.

F5. Các vấn đề về thanh toán

Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới của chúng tôi gửi hóa đơn cho quý vị về các dịch vụ và khoản mục được đài thọ. 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 v 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 hệ với nhà cung cấp dịch vụ đó để giải quyết vấn đề này. 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 hoặc khoản mục.

Để tìm hiểu thêm, tham khảo **Chương 7** của *Sổ tay Hội viên*. Tài liệu này mô tả các trường hợp khi quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị hoặc thanh toán cho hóa đơn mà quý vị đã nhận được của một nhà cung cấp. Nó cũng cho quý vị biết làm thế nào để gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu chúng tôi thanh toán.

Nếu quý vị yêu cầu được hoàn trả, quý vị đang yêu cầu một quyết định bảo hiểm. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem dịch vụ hoặc mặt hàng quý vị đã thanh toán có được bảo hiểm hay không và liệu quý vị đã tuân thủ tất cả các quy tắc sử dụng bảo hiểm của mình hay không.

- Nếu dịch vụ hoặc khoản mục mà quý vị đã trả được bảo hiểm và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy định, 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 đó 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 quý vị không đồng ý với quyết định không thanh toán của chúng tôi, **quý vị có thể kháng cáo**. Quy trình kháng cáo có nêu tại **Mục F3**. Khi quý vị thực hiện quy trình này, lưu ý:

- Nếu quý vị kháng cáo yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị, 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 chăm sóc y tế quý vị đã nhận và tự trả, quý vị không thể yêu cầu kháng cáo nhanh.

Nếu câu trả lời của chúng tôi cho khiếu nại của quý vị là **Không đồng** ý và **Medicare** thường bảo hiểm dịch vụ hoặc khoản mục đó, chúng tôi sẽ chuyển trường hợp của quý vị cho Tổ chức Xem xét Độc lập. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bức thư nếu xảy ra trường hợp này.

- Nếu Tổ chức Xem xét Độc lập đảo ngược quyết định 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 gửi khoản thanh toán cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe trong vòng 60 ngày theo lịch.
- Nếu Tổ chức Xem xét Độc lập nói **Không đồng ý** với khiếu nại của quý vị, tức là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận cho yêu cầu của quý vị. Việc này được gọi là "ủng hộ quyết định" hoặc "bác kháng cáo của quý vị". Quý vị sẽ nhận được thư giải thích các quyền kháng cáo bổ sung mà quý vị có thể có. Tham khảo **Mục J** để tìm hiểu thêm về các cấp kháng cáo nữa.

Nếu câu trả lời của chúng tôi cho kháng cáo của quý vị là **Không đồng ý** và **Medi-Cal** thường bảo hiểm cho dịch vụ hoặc khoản mục đó, quý vị có thể tự tiến hành phần Kháng cáo Cấp 2. Chúng tôi không tự động nộp đơn kháng cáo Cấp 2 cho quý vị. Tham khảo **Mục F4** để tìm hiểu thêm thông tin.

G. Thuốc theo toa Medicare 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 chúng đều là thuốc Phần D. Có một số ít thuốc mà Medicare Phần D không bảo hiểm mà Medi-Cal có thể bảo hiểm. **Mục này chỉ áp dụng cho kháng cáo thuốc Phần D.** Chúng tôi sẽ nói "thuốc" trong phần còn lại của phần này Thay vì nói "thuốc Phần D" mỗi lần.

Để được bảo hiểm, thuốc của quý vị phải được dùng cho các chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Điều đó có nghĩa là thuốc đó đã được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (Food and Drug Administration, FDA) chấp thuận hoặc được hỗ trợ bởi các tài liệu tham khảo y tế nhất định. Tham khảo **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin về các chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.

G1. Các quyết định bảo hiểm và khiếu nại Phần D

Đây là những ví dụ về các quyết định bảo hiểm mà quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra cho thuốc Phần D của quý vị:

- Quý vị yêu cầu chúng tôi tạo một ngoại lệ, bao gồm yêu cầu chúng tôi:
  - Bảo hiểm cho một loại thuốc Phần D không nằm trong Danh sách Thuốc của chương trình của chúng tôi hoặc
  - Đặt hạn chế về bảo hiểm của chúng tôi cho một loại thuốc (ví dụ như giới hạn về số lượng mà quý vị có thể nhận)
- Quý vị yêu cầu chúng tôi nếu một loại thuốc được bảo hiểm cho quý vị (ví dụ như khi thuốc của quý vị nằm trong Danh sách Thuốc của chương trình chúng tôi nhưng chúng tôi phải chấp thuận nó cho quý vị trước khi chúng tôi bảo hiểm nó)

LƯU Ý: Nếu nhà thuốc của quý vị cho quý vị biết rằng đơn thuốc của quý vị không thể mua như đã kê, nhà thuốc cung cấp quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích làm thế nào liên lạc với chúng tôi để yêu cầu đưa ra một quyết định bảo hiểm.

> Quyết định bảo hiểm ban đầu đối với thuốc Phần D của quý vị được gọi là **"thẩm định bảo hiểm."**

- Quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho thuốc mà quý vị đã mua. Đây là việc yêu cầu ra quyết định bảo hiểm về thanh toán.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đưa ra, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Phần này cho quý vị biết làm thế nào để yêu cầu các quyết định bảo hiểm và làm thế nào để đưa ra kháng cáo. Bảng sau đây để giúp quý vị.

Quý vị đang ở trong tình huống nào trong các tình huống này?			
Quý vị có cần một loại thuốc không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi hoặc cần chúng tôi đặt ra một quy tắc hoặc hạn chế về một loại thuốc mà chúng tôi bảo hiểm không.	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.
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 đưa ra một 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 yêu cầu chúng tôi xem xét lại.)
Hãy bắt đầu bằng **Mục G2**, sau đó tham khảo **các Mục G3 và G4**.	Tham khảo **Mục G4**.	Tham khảo **Mục G4**.	Tham khảo **Mục G5**.

G2. Các ngoại lệ Phần D

Nếu chúng tôi không bảo hiểm cho một loại thuốc theo cách mà quý vị muốn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho quý vị hưởng "ngoại lệ". Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị về một ngoại lệ, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Khi quý vị xin hưởng ngoại lệ, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị cần phải giải thích lý do về mặt y tế vì sao quý vị cần được hưởng ngoại lệ.

> Yêu cầu bảo hiểm cho một loại thuốc không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi hoặc để loại bỏ hạn chế cho một loại thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu **một "ngoại lệ về danh mục thuốc."**

Dưới đây là một số ví dụ về các ngoại lệ mà quý vị hay bác sỹ hoặc bác sỹ kê đơn khác của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi tạo ra:

1. **Bảo hiểm cho một loại thuốc không nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi**
   - Nếu chúng tôi đồng ý đưa ra một ngoại lệ và bảo hiểm một loại thuốc không có trong Danh sách Thuốc của chúng tôi, quý vị trả tiền đồng trả áp dụng cho các loại thuốc ở Bậc 4: Thuốc Không Ưu tiên.
   - Quý vị không thể được hưởng ngoại lệ cho số tiền đồng trả yêu cầu cho thuốc đó.
2. **Bỏ hạn chế cho thuốc được bảo hiểm**
   - Các quy định hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số thuốc nhất định trong Danh sách Thuốc của chúng tôi (tham khảo **Chương 5** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin).
   - Các quy tắc hoặc hạn chế dành cho các loại thuốc nhất định bao gồm:
     - Được yêu cầu sử dụng phiên bản thuốc gốc thay vì thuốc chính hiệu.
     - Phải có được phê duyệt trước của chúng tôi trước khi chúng tôi đồng ý bảo hiểm thuốc cho quý vị. Việc này đôi khi còn được gọi là "cấp giấy cho phép trước".
     - Phải thử dùng một loại thuốc khác trước khi chúng tôi đồng ý bảo hiểm cho thuốc mà quý vị xin. Việc này đôi khi còn được gọi là "điều trị từng bước".
     - Giới hạn số lượng. Đối với một số loại thuốc, có những hạn chế về lượng thuốc mà quý vị có thể có.
     - Nếu chúng tôi đồng ý cho quý vị hưởng ngoại lệ và dành một hạn chế cho quý vị, quý vị có thể yêu cầu hưởng ngoại lệ cho số tiền đồng trả mà quý vị phải trả.
3. **Thay đổi bảo hiểm cho một loại thuốc đến bậc chia sẻ chi phí thấp hơn.** Mỗi loại thuốc nằm trong Danh sách Thuốc của chúng tôi thuộc một trong năm bậc chia sẻ chi phí. Nói chung, số bậc chia sẻ chi phí càng thấp, số tiền đồng trả yêu cầu của quý vị càng ít hơn.

> Yêu cầu trả theo giá thấp hơn cho một loại thuốc không ưu tiên được bảo hiểm đôi khi được gọi là yêu cầu **"ngoại lệ về phân bậc."**

- 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 một loại thuốc thay thế cho tình trạng bệnh lý của quý vị ở bậc chia sẻ chi phí thấp hơn thuốc quý vị dùng, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bảo hiểm nó với số tiền chia sẻ chi phí cho thuốc thay thế. Việc này sẽ giảm số tiền đồng trả của quý vị cho thuốc đó.

Nếu loại thuốc quý vị dùng là một sản phẩm sinh học, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bảo hiểm với số tiền chia sẻ chi phí cho mức thấp nhất cho các lựa chọn thay thế sản phẩm sinh học cho tình trạng của quý vị.

Nếu loại thuốc quý vị dùng là biệt dược, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bảo hiểm với số tiền chia sẻ chi phí ở bậc thấp nhất cho các thuốc thay thế biệt dược cho tình trạng của quý vị.

Nếu loại thuốc quý vị dùng là thuốc gốc, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bảo hiểm với số tiền chia sẻ chi phí ở mức thấp nhất cho các lựa chọn thay thế chính hiệu hoặc chung loại cho tình trạng của quý vị.

- Quý vị không thể yêu cầu chúng tôi thay đổi bậc chia sẻ cho bất kỳ loại thuốc nào ở Bậc 5: Bậc Đặc trị.
- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu ngoại lệ theo bậc của quý vị và có nhiều hơn một bậc chia sẻ chi phí thấp hơn với các loại thuốc thay thế mà quý vị không thể dùng, thì quý vị thường phải trả số tiền thấp nhất.

G3. Điều quan trọng cần biết về yêu cầu một 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 ngoại lệ của quý vị. Để có được một quyết định nhanh chóng hơn, bao gồm thông tin y tế này từ bác sỹ hoặc bác sỹ kê đơn khác của quý vị khi quý vị yêu cầu một 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 một loại thuốc thay thế có hiệu quả tương đương với loại thuốc quý vị yêu cầu và không gây thêm tác dụng phụ hoặc các vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường **không** chấp thuận yêu cầu ngoại lệ của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi cho một ngoại lệ theo bậc, chúng tôi thường **không** chấp thuận yêu cầu ngoại lệ của quý vị trừ khi tất cả các loại thuốc thay thế trong (các) bậc chia sẻ chi phí thấp hơn sẽ không hiệu quả với quý vị hoặc có khả năng gây ra phản ứng bất lợi hoặc tác hại khác.

Chúng tôi có thể nói Có hoặc Không đối với yêu cầu của quý vị.

- Nếu chúng tôi nói **Có** với yêu cầu ngoại lệ của quý vị, ngoại lệ thường kéo dài cho đến cuối năm dương 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 kháng cáo. Tham khảo **Mục G5** để tìm hiểu về việc kháng cáo nếu 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.

G4. Yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm ngoại lệ

- Yêu cầu loại quyết định bảo hiểm quý vị muốn bằng cách gọi 1-800-452-4413 (TTY: 711), bằng văn bản, hoặc fax cho chúng tôi. 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. Bao gồm tên, thông tin liên lạc và thông tin về yêu cầu bồi hoàn.
- Quý vị hay bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) hay người khác hành động thay cho quý vị có thể yêu cầu ra quyết định đài thọ. Quý vị cũng có thể nhờ luật sư thực hiện thay mặt quý vị.
- Tham khảo **Mục E3** để biết phải làm sao để chỉ định ai đó làm đại diện cho quý vị.
- Quý vị không cần phải cấp giấy phép cho bác sĩ hoặc người kê toa khác của mình để thay mặt quý vị yêu cầu ra quyết định bảo hiểm.
- Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn tiền lại cho một loại thuốc, tham khảo **Chương 7** *Sổ tay Hội viên*.
- Nếu quý vị yêu cầu hưởng ngoại lệ, hãy cung cấp cho chúng tôi một "giấy xác nhận ủng hộ". Tuyên bố ủng hộ bao gồm các lý do y tế của bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị về yêu cầu ngoại lệ.
- Bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê toa khác có thể gửi fax hoặc thư cho chúng tôi tuyên bố hỗ trợ. Họ cũng có thể nói với chúng tôi qua điện thoại rồi gửi giấy xác nhận qua fax hoặc thư sau.

Nếu sức khỏe quý vị đòi hỏi điều đó, hãy yêu cầu chúng tôi "quyết định bảo hiểm nhanh."

Chúng tôi sử dụng "thời hạn thường" trừ khi chúng tôi đồng ý sử dụng "thời hạn nhanh".

- **Quyết định bảo hiểm thường** nghĩa là chúng tôi 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 trả lời trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được giấy xác nhận của bác sĩ quý vị.

> Một "quyết định bảo hiểm nhanh" được gọi là một **"thẩm định bảo hiểm tốc hành."**

Quý vị có thể nhận được quyết định bảo hiểm nhanh nếu:

- Nó là thuốc mà quý vị không nhận được. Quý vị sẽ không được quyết định bảo hiểm nhanh nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị cho một loại thuốc mà quý vị đã mua rồi.
- Sức khỏe hoặc khả năng hoạt động của quý vị sẽ bị tổn hại nghiêm trọng nếu chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.

Nếu bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị nói với chúng tôi rằng sức khỏe của quý vị đòi hỏi phải có một quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi đồng ý và cung cấp cho quý vị. Chúng tôi gửi thư cho quý vị biết.

- Nếu quý vị yêu cầu ra quyết định đài thọ nhanh, mà không có sự ủng hộ từ bác sĩ quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác, chúng tôi quyết định xem quý vị có cần phải được quyết định 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 sử dụng thời hạn thường.

Chúng tôi gửi thư cho quý vị biết. Thư này cũng cho quý vị biết phải làm sao để khiếu nại quyết định của chúng tôi.

Quý vị có thể khiếu nại nhanh để được nhận phản hồi trong 24 giờ. Để tìm hiểu thêm về việc khiếu nại, kể cả các khiếu nại nhanh, tham khảo **Mục K**.

Thời hạn của quyết định bảo hiểm nhanh

- Nếu chúng tôi sử dụng các thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời cho quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu ngoại lệ, chúng tôi cho quý vị câu trả lời của chúng tôi trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố hỗ trợ của bác sĩ. Chúng tôi đưa ra câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó.

- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị để Tổ chức Xem xét Độc lập xem xét. Tham khảo **Mục G6** để tìm hiểu thêm về kháng cáo Cấp 2.
- Nếu chúng tôi nói **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi cung cấp bảo hiểm đó cho quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc nhận được thư xác nhận của bác sĩ quý vị.
- Nếu chúng tôi nói **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị. Thư này cũng cho quý vị biết làm thế nào quý vị có thể đưa ra khiếu nại.

Thời hạn cho quyết định bảo hiểm thông thường về loại thuốc quý vị không 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. Nếu quý vị yêu cầu ngoại lệ, chúng tôi cho quý vị câu trả lời của chúng tôi trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố hỗ trợ của bác sĩ. Chúng tôi đưa ra câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị để Tổ chức Xem xét Độc lập xem xét.
- Nếu chúng tôi nói **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi cung cấp bảo hiểm đó cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc giấy xác nhận ủng hộ của bác sĩ quý vị về ngoại lệ.
- Nếu chúng tôi nói **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị. Thư này cũng cho quý vị biết cách đưa ra kháng cáo.

Thời hạn của quyết định bảo hiểm thường về 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 thời hạn này, chúng tôi gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng nghị để Tổ chức Xem xét Độc lập xem xét.
- Nếu chúng tôi nói **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ thanh toán lại cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch.
- **Nếu** chúng tôi nói **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả những yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do cho quý vị. Thư này cũng cho quý vị biết cách đưa ra kháng cáo.

G5. Đưa ra Kháng cáo Cấp 1

> Một khiếu nại đến chương trình của chúng tôi về quyết định bảo hiểm thuốc Phần D được gọi là một chương trình **"tái thẩm định."**

- Hãy bắt đầu **kháng cáo thường** hay **nhanh** bằng cách gọi (800) 452-4413 (TTY: 711) 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần, viết thư, hoặc fax cho chúng tôi. 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. Bao gồm tên, thông tin liên lạc và thông tin liên quan đến yêu cầu bồi hoàn của quý vị.
- 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. Ví dụ về lý do chính đáng là những việc như quý vị bị ốm nặng hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn. Giải thích lý do tại sao kháng cáo muộn khi quý vị kháng cáo.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao miễn phí các thông tin về kháng cáo của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể cung cấp thêm thông tin cho chúng tôi nhằm hỗ trợ kháng cáo của quý vị.

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu chúng tôi tiến hành kháng cáo nhanh.

> Một kháng cáo nhanh cũng còn được gọi là một **"tái thẩm định tốc hành."**

- Nếu quý vị kháng cáo một quyết định do chương trình của chúng tôi đưa ra về loại thuốc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác quyết định việc quý vị có cần một khiếu nại nhanh hay không.
- Các yêu cầu về kháng cáo nhanh cũng y như các yêu cầu để được ra quyết định bảo hiểm nhanh. Tham khảo **Mục G4** để tìm hiểu thêm thông tin.

Chúng tôi xem xét kháng cáo của quý vị và cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

- Chúng tôi xem xét kháng cáo và xem xét kỹ lại tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị.
- Chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ các quy tắc khi chúng tôi nói **Không** với yêu cầu của quý vị hay không.

- 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.

Thời hạn của kháng cáo nhanh ở Cấp 1

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời cho quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- Chúng tôi đưa ra câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó.

Nếu chúng tôi không trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Sau đó, Tổ chức Xem xét Độc lập sẽ xem xét. Tham khảo **Mục G6** để biết thông tin về tổ chức xem xét và quy trình kháng cáo Cấp 2.

- Nếu chúng tôi nói **Có** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp phạm vi bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- Nếu chúng tôi nói **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do và cho quý vị biết làm thế nào quý vị có thể đưa ra kháng cáo.

Thời hạn của kháng cáo thường ở Cấp 1

- Nếu chúng tôi sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo về thuốc quý vị vẫn chưa nhận được.
- Chúng tôi cho quý vị quyết định của chúng tôi sớm hơn nếu quý vị không nhận được thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi phải làm thế. Nếu quý vị tin rằng sức khỏe của quý vị cần điều đó, hãy yêu cầu kháng cáo nhanh chóng.

Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Sau đó, Tổ chức Xem xét Độc lập sẽ xem xét. Tham khảo **Mục G6** để biết thông tin về tổ chức xem xét và quy trình kháng cáo Cấp 2.

Nếu chúng tôi nói **Đồng ý với** một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải **cấp bảo hiểm** mà chúng tôi đồng ý cấp càng nhanh càng tốt theo sức khỏe của quý vị yêu cầu, nhưng **không trễ hơn 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.
- Chúng tôi phải **thanh toán cho quý vị cho loại** thuốc mà quý vị đã mua **trong vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

Nếu chúng tôi nói **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi gửi thư cho quý vị giải thích các lý do và cho quý vị biết quý vị có thể kháng cáo như thế nào.
- Chúng tôi phải trả lời cho quý vị về việc thanh toán lại cho quý vị cho một loại thuốc mà quý vị đã mua **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Sau đó, Tổ chức Xem xét Độc lập sẽ xem xét. Tham khảo **Mục G6** để biết thông tin về tổ chức xem xét và quy trình kháng cáo Cấp 2.

- Nếu chúng tôi nói **Đồng ý** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi nói **Không đồng ý** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do và cho quý vị biết làm thế nào quý vị có thể đưa ra kháng cáo.

G6. Đưa ra Kháng cáo Cấp 2

Nếu chúng tôi nói **Không đồng ý** với Kháng cáo Cấp 1 của quý vị, quý vị có thể chấp nhận quyết định của chúng tôi hoặc tiếp tục kháng cáo. Nếu quý vị quyết định đưa ra khiếu nại khác, quý vị sử dụng quy trình kháng cáo Cấp 2. **Tổ chức Xem xét Độc lập** xem xét quyết định của chúng tôi khi chúng tôi nói **Không đồng ý** với kháng cáo đầu tiên của quý vị. Tổ chức này quyết định liệu chúng tôi có nên thay đổi quyết định của chúng tôi hay không.

> Tên chính thức của "Tổ chức Xem xét Độc lập" là **"Cơ quan Xem xét Độc lập,"** đôi khi được gọi là **"IRE."**

Để đưa ra Kháng cáo Cấp 2, quý vị hoặc đại diện, bác sĩ hay bác sĩ kê đơn của quý vị phải liên lạc Tổ chức Xem xét Độc lập **bằng văn bản** và yêu cầu xem xét trường hợp của quý vị.

- Nếu chúng tôi nói **Không** với Kháng cáo Cấp 1 của quý vị, thư chúng tôi gửi cho quý vị bao gồm **hướng dẫn về cách thực hiện Kháng cáo Cấp 2** với Tổ chức Xem xét Độc lập. Các hướng dẫn cho biết những ai có thể đưa ra Kháng cáo Cấp 2, những thời hạn quý vị phải tuân thủ, và làm thế nào để liên lạc với tổ chức.
- Khi quý vị đưa ra một khiếu nại cho Tổ Chức Xem xét Độc lập, chúng tôi gửi thông tin mà chúng tôi có về khiếu nại của quý vị cho tổ chức. Thông tin này được gọi là "hồ sơ vụ việc" của quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu một bản sao hồ sơ vụ việc của mình**.

- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho Tổ chức Xem xét Độc lập để hỗ trợ khiếu nại của quý vị.

Tổ chức Xem xét Độc lập xem xét Kháng cáo Cấp 2 Phần D của quý vị và cho quý vị câu trả lời bằng văn bản. Tham khảo **Mục F4** để tìm hiểu thêm về Tổ chức Xem xét Độc lập.

Thời hạn của kháng cáo nhanh ở Cấp 2

Nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu, hãy đề nghị kháng cáo nhanh từ Tổ chức Xem xét Độc lập.

- Nếu họ đồng ý với một khiếu nại nhanh, họ phải cho quý vị câu trả lời **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu khiếu nại của quý vị.
- Nếu họ nói **Đồng ý với** một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc được chấp thuận **trong vòng 24** giờ sau khi nhận được quyết định của Tổ chức Xem xét Độc lập.

Thời hạn của kháng cáo thường ở Cấp 2

Nếu quý vị có một khiếu nại tiêu chuẩn ở Cấp 2, Tổ chức Xem xét Độc lập phải cho quý vị câu trả lời:

- **Trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi họ nhận được đơn kháng cáo của quý vị cho một loại thuốc mà quý vị không được nhận.
- **Trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị để thanh toán lại cho một loại thuốc mà quý vị đã mua.

Nếu Tổ chức Xem xét Độc lập nói **Có** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc được chấp thuận **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức Xem xét Độc lập.
- Chúng tôi phải thanh toán lại cho quý vị cho loại thuốc quý vị đã mua trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định của Tổ chức Xem xét Độc lập.

Nếu Tổ chức Đánh giá Độc lập nói **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị, tức là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi không chấp thuận cho yêu cầu của quý vị. Việc này được gọi là "ủng hộ quyết định" hoặc "bác kháng cáo của quý vị".

Nếu Tổ chức Xem xét Độc lập nói **Không đồng ý** với Kháng cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có quyền Kháng cáo Cấp 3 nếu giá trị tính bằng đô la của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu đáp ứng được một giá trị tính bằng đô la tối thiểu. Nếu giá trị tính bằng đô la của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu là ít hơn mức tối thiểu yêu cầu, quý vị không thể đưa ra khiếu nại khác. Trong trường hợp đó, quyết định Kháng cáo Cấp 2 là quyết định cuối cùng. Tổ chức Xem xét Độc lập

gửi cho quý vị một lá thư cho quý vị biết giá trị tính bằng đô la tối thiểu cần thiết để được tiếp tục Kháng cáo Cấp 3.

Nếu giá trị đô la của yêu cầu của quý vị đáp ứng yêu cầu, quý vị chọn xem quý vị có muốn tiếp tục kháng cáo hay không.

- Có ba mức bổ sung trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2.
- Nếu Tổ chức Xem xét Độc lập nói **Không đồng ý** với Kháng cáo Cấp 2 của quý vị và quý vị đáp ứng yêu cầu để tiếp tục quy trình kháng cáo, quý vị:
  - Quyết định xem quý vị có muốn đưa ra Kháng cáo Cấp 3 hay không.
  - Tham khảo thư mà Tổ chức Xem xét Độc lập đã gửi cho quý vị sau Kháng cáo Cấp 2 của quý vị để biết chi tiết về việc làm thế nào để Đưa ra Kháng cáo Cấp 3.

Thẩm phán Luật Hành chính hoặc quan tòa xử lý các Kháng cáo Cấp 3. Tham khảo **Mục J** để tìm hiểu về Kháng cáo Cấp 3, 4, và 5.

H. Yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thời gian nằm viện lâu hơn

Khi nhập viện, quý vị có quyền được nhận tất cả các dịch vụ của bệnh viện mà chúng tôi đài thọ cần thiết để chẩn đoán và điều trị cho bệnh tật hoặc tổn thương của quý vị. Để biết thêm thông tin về bảo hiểm bệnh viện của chương trình chúng tôi, tham khảo **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên.*

Trong thời gian nằm viện được đài thọ, bác sĩ của quý vị và nhân viên bệnh viện làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày ra viện của quý vị. Họ cũng giúp sắp xếp việc chăm sóc mà quý vị có thể cần sau khi rời đi.

- 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 hoặc quý vị lo lắng cho việc chăm sóc cho mình sau khi xuất viện, 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.

H1. Tìm hiểu về các quyền theo chương trình Medicare của quý vị

Trong vòng hai ngày sau khi nhập viện, một người nào đó ở bệnh viện, như y tá hoặc nhân viên quản lý ca bệnh, sẽ cung cấp cho quý vị một thông báo bằng văn bản được gọi là **"Thông báo Quan trọng từ Medicare về Quyền của Quý vị."** Tất cả những người sử dụng Medicare đều nhận được bản thông báo này bất cứ khi nào họ nhập viện.

Nếu quý vị không nhận được thông báo, hãy hỏi bất kỳ nhân viên bệnh viện nào về nó. Nếu quý vị cần trợ giúp, xin gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số ở cuối trang. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), phục vụ 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048.

- **Đọc thông báo** cẩn thận rồi hỏi bất kỳ điều gì mà quý vị không hiểu. Thông báo này 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.
- **Ký vào văn bản thông báo** này để cho biết quý vị đã nhận được và hiểu các quyền của quý vị.
  - Quý vị hoặc ai đó thay quý vị có thể ký vào thông báo này.
  - Ký vào thông báo **chỉ** thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin về các quyền của mình. Ký tên **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với ngày xuất viện của bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện cho quý vị biết.
- **Hãy lưu lại bản sao của thông báo** đã ký để quý vị có thông tin nếu quý vị cần.

Nếu quý vị ký vào thông báo quá hai ngày trước ngày quý vị rời khỏi bệnh viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi quý vị được xuất viện.

Quý vị có thể xem trước một bản sao của thông báo nếu quý vị:

- Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo các số ở cuối trang
- Gọi Medicare theo 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.
- Truy cập www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Đưa ra Kháng cáo Cấp 1

Nếu quý vị muốn chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ nội trú bệnh viện của quý vị được lâu hơn, đưa ra kháng cáo. Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem xét Kháng cáo Cấp 1 để tìm hiểu xem ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị có phù hợp về mặt y tế với quý vị không.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng là một nhóm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả lương. Các chuyên gia này kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng cho người có Medicare. Họ không phải là một phần trong chương trình của chúng tôi.

Tại California, Tổ chức Cải thiện Chất lượng là Livanta. Gọi cho chúng tôi theo số (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668). Thông tin liên lạc cũng có trong thông báo, “Thông báo Quan trọng từ Medicare về Các Quyền của Quý vị,” và **Chương 2**.

Hãy gọi cho Tổ chức Cải thiện Chất lượng trước khi quý vị rời khỏi bệnh viện và không sau ngày xuất viện theo kế hoạch.

- **Nếu quý vị gọi trước khi rời bệnh viện**, quý vị có thể ở lại sau ngày xuất viện theo kế hoạch mà không phải trả tiền cho việc này trong thời gian quý vị chờ quyết định của Tổ chức Cải thiện Chất lượng về khiếu nại 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 thanh toán tất cả chi phí cho dịch vụ chăm sóc của bệnh viện mà quý vị nhận sau ngày xuất viện theo kế hoạch.
- **Nếu quý vị đã bỏ lỡ thời hạn** để liên hệ với Quality Improvement Organization về kháng cáo của quý vị, thì thay vào đó kháng cáo được trực tiếp chuyển đến chương trình của chúng tôi. Tham khảo **Mục G4** để tìm hiểu về việc kháng cáo với chúng tôi.
- 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 tình huống của quý vị là khẩn cấp, liên quan đến đe dọa trực tiếp và nghiêm trọng đến sức khỏe, hoặc quý vị đang bị đau nặng, quý vị cũng có thể nộp đơn kháng cáo hoặc yêu cầu Sở Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý (Department of Managed Health Care - DMHC) cho Đánh giá Y tế Độc lập. Vui lòng tham khảo Mục F4 tại trang 193 biết cách nộp đơn khiếu nại hoặc xin DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập.

Yêu cầu giúp đỡ nếu quý vị cần. Nếu có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất kỳ lúc nào:

- Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo các số ở cuối trang.
- Gọi Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) của theo số 1-800-434-0222.

Yêu cầu xét duyệt nhanh. Thực hiện nhanh chóng và liên lạc Tổ chức Cải thiện Chất lượng để yêu cầu xem xét nhanh việc xuất viện của quý vị.

> Thuật ngữ pháp lý cho **"rà soát nhanh"** là **"xem xét ngay lập tức"** hoặc **"xem xét khẩn cấp."**

Cuộc xem xét nhanh sẽ diễn ra như nào

- Người xem xét của Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) hỏi quý vị hoặc đại diện của quý vị tại sao quý vị lại cho rằng phải bảo hiểm tiếp sau ngày xuất viện kế hoạch. Quý vị không bắt buộc phải viết một bản tường trình, nhưng quý vị có thể.
- Những người xem xét cũng sẽ xem thông tin sức khỏe của quý vị, nói chuyện với bác sỹ của quý vị, và xem lại thông tin mà bệnh viện và chương trình của chúng tôi đã đưa cho họ.
- Trước trưa của ngày hôm sau khi người xem xét thông báo cho chương trình của chúng tôi về khiếu nại của quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo khác giải thích tại sao bác sĩ, bệnh viện của quý vị và chúng tôi cho rằng đó là ngày xuất viện phù hợp về mặt y tế với quý vị.

> Thuật ngữ pháp lý dùng để văn bản giải thích này là **"Thông báo Chi tiết về việc Xuất viện."** Quý vị có thể lấy một mẫu bằng cách gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo các số ở cuối trang hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. (Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.) Quý vị cũng có Mẫu thông báo này trên mạng tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Trong vòng trọn một ngày sau khi nhận được tất cả thông tin mà họ cần, Tổ chức Cải thiện Chất lượng cho quý vị câu trả lời về khiếu nại của quý vị.

Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organizations) nói **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ nội trú tại bệnh viện được bảo hiểm của quý vị cho đến khi nào các dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.

Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng nói **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Họ tin rằng ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y tế.

- Bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị sẽ chấm dứt vào buổi trưa của ngày hôm sau sau khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng cho quý vị câu trả lời về khiếu nại của quý vị.
- Quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận sau trưa của ngày sau khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng cho quý vị câu trả lời về khiếu nại của quý vị.
- Quý vị có thể Kháng cáo Cấp 2 nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng bác Kháng cáo Cấp 1 của quý vị **và** quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

H3. Đưa ra Kháng cáo Cấp 2

Đối với Kháng cáo Cấp 2, quý vị sẽ yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem lại quyết định của họ về Kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Gọi cho chúng tôi theo số (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668).

Quý vị phải yêu cầu xem xét **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày mà Tổ chức Cải thiện Chất lượng nói **Không** 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.

Người xem xét của Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) sẽ:

- Xem cẩn thận một lần nữa tất cả mọi thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.
- Cho quý vị biết quyết định của họ về Kháng cáo Cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu xem xét lần thứ hai.

Nếu Tổ chức Đánh giá Chất lượng nói **Đồng ý với** kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi phải thanh toán lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí chăm sóc tại bệnh viện của chúng tôi kể từ trưa của ngày sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng bác Kháng cáo Cấp 1 của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ nội trú tại bệnh viện được bảo hiểm của quý vị cho đến khi nào các dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.

Nếu Tổ chức Đánh giá Chất lượng nói **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định của họ về Kháng cáo Cấp 1 của quý vị và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Họ cung cấp cho quý vị một lá thư cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình kháng cáo và đưa ra Kháng cáo Cấp 3.

- 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. Vui lòng Mục E4 tại trang 187 biết cách nộp đơn khiếu nại và xin DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập.

Thẩm phán Luật Hành chính hoặc quan tòa xử lý các Kháng cáo Cấp 3. Tham khảo **Mục J** để tìm hiểu về Kháng cáo Cấp 3, 4, và 5.

H4. Đưa ra Kháng cáo Thay thế Cấp 1

Thời hạn liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng để Kháng cáo Cấp 1 là trong vòng 60 ngày hoặc không muộn hơn ngày xuất viện dự kiến của quý vị. Nếu quý vị bị lỡ hạn Kháng cáo Cấp 1, quý vị có thể sử dụng quy trình "Kháng cáo Thay thế".

Liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo các số ở cuối trang và yêu cầu chúng tôi "xem xét nhanh" ngày xuất viện của quý vị.

> Thuật ngữ pháp lý cho “xét duyệt nhanh” là **“kháng cáo cấp tốc.”**

- Chúng tôi xem xét tất cả các thông tin về việc nội trú bệnh viện của quý vị.
- Chúng tôi kiểm tra xem quyết định đầu tiên là hợp lý và tuân thủ các quy định hay không.
- Chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn thường và 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 kháng cáo nhanh của quý vị:

- Chúng tôi đồng ý rằng quý vị cần phải ở trong bệnh viện sau ngày xuất viện đó.
- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ nội trú tại bệnh viện được bảo hiểm của quý vị cho đến khi nào các dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.
- Chúng tôi 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 đài thọ cho quý vị sẽ kết thúc.

Nếu chúng tôi nói **Không đồng ý** với kháng cáo nhanh của quý vị:

- Chúng tôi đồng ý rằng ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y tế.
- Bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện sẽ kết thúc vào ngày mà chúng tôi đã cho quý vị biết.
- Chúng tôi sẽ không thanh toán bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào sau ngày này.

- Quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch nếu quý vị tiếp tục ở lại bệnh viện.

- Chúng tôi gửi khiếu nại của quý vị đến Tổ chức Xem xét Độc lập để đảm bảo rằng chúng tôi đã tuân thủ tất cả các quy tắc. Khi chúng tôi làm việc này, trường hợp của quý vị sẽ tự động được chuyển sang quy trình kháng cáo Cấp 2.

H5. Đưa ra Kháng cáo Thay thế Cấp 2

Chúng tôi gửi thông tin về Kháng cáo Cấp 2 của quý vị cho Tổ chức Xem xét Độc lập trong vòng 24 giờ kể từ khi nói **Không đồng ý** với Kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Chúng tôi tự động thực hiện việc này. Quý vị không cần phải thực hiện bất kỳ việc gì.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hoặc bất kỳ thời hạn nào khác, quý vị có thể khiếu nại. Tham khảo **Mục K** để tìm hiểu về việc khiếu nại.

Tổ chức Xem xét Độc lập "xem xét nhanh" khiếu nại của quý vị. Họ sẽ xem xét cẩn thận tất cả mọi thông tin về việc xuất viện của quý vị và thường cho quý vị câu trả lời trong vòng 72 giờ.

Nếu Tổ chức Xem xét Độc lập nói **Đồng ý với** kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi 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 đài thọ cho quý vị sẽ kết thúc.

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ nội trú tại bệnh viện được bảo hiểm của quý vị cho đến khi nào các dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.

Nếu Tổ chức Xem xét Độc lập nói **Không đồng ý với** kháng cáo của quý vị:

- Họ đồng ý rằng ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y tế.

- Họ cung cấp cho quý vị một lá thư cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình kháng cáo và đưa ra Kháng cáo Cấp 3.

Thẩm phán Luật Hành chính hoặc quan tòa xử lý các Kháng cáo Cấp 3. Tham khảo **Mục J** để tìm hiểu về Kháng cáo Cấp 3, 4, và 5.

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. Vui lòng Mục F4 tại trang 193 biết cách nộp đơn khiếu nại hoặc xin 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.

I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục bảo hiểm cho một số dịch vụ y tế nhất định

Mục này chỉ nói về ba loại dịch vụ mà quý vị có thể sẽ được nhận:

- Các 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. Việc này thường diễn ra khi quý vị được điều trị cho một bệnh hoặc tai nạn, hoặc phục hồi sau một cuộc đại phẫu.

Với bất kỳ loại chăm sóc nào trong ba loại dịch vụ 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 đài thọ 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 bảo hiểm cho dịch vụ đó của quý vị kết thúc, chúng tôi sẽ ngưng thanh toán cho dịch vụ đó.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi sắp 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.

I1. Thông báo trước trước khi bảo hiểm của quý vị kết thúc

Chúng tôi gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản rằng quý vị sẽ nhận được ít nhất 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.” Thông báo này sẽ cho quý vị biết khi nào chúng tôi sẽ ngừng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị và cách kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Quý vị hoặc đại diện của quý vị sẽ phải ký thông báo để thể hiện rằng mình đã nhận được. Ký tên vào thông báo **chỉ** thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin. Ký tên **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với quyết định của chúng tôi.

I2. Đưa ra Kháng cáo Cấp 1

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi sắp 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 sẽ cho quý vị biết về quy trình Kháng cáo Cấp 1 và phải làm gì.

- **Đáp ứng các thời hạn.** Thời hạn rất quan trọng. Hiểu và tuân thủ các thời hạn được áp dụng cho những việc mà quý vị phải làm. Chương trình của chúng tôi cũng phải tuân theo các thời hạn. Nếu quý vị nghĩ chúng tôi không hoàn thành kịp các thời hạn

của chúng tôi, quý vị có thể nộp đơn phàn nàn. Tham khảo **Mục K** để tìm hiểu thêm về khiếu nại.

- **Yêu cầu giúp đỡ nếu quý vị cần.** Nếu có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất kỳ lúc nào:
  - Gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo các số ở cuối trang.
  - Gọi Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) của theo số 1-800-434-0222.
- **Liên lạc Tổ chức Cải thiện Chất lượng.**
  - Tham khảo **Mục H2** hoặc tham khảo **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin về QIO và làm thế nào để liên lạc với họ.
  - Yêu cầu họ xem xét lại kháng cáo của quý vị và quyết định có thay đổi quyết định của chương trình của chúng tôi hay không.
- **Thực hiện nhanh chóng và yêu cầu một "kháng cáo nhanh.** Yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) xem việc chúng tôi kết thúc bảo hiểm cho các dịch vụ y tế của quý vị có phù hợp về mặt y tế không.

Thời hạn liên hệ tổ chức này của quý vị.

- Quý vị phải liên hệ Tổ chức Cải thiện Chất lượng để bắt đầu khiếu nại chậm nhất là buổi trưa của ngày trước ngày hiệu lực trên Thông báo Không Bảo hiểm của Medicare chúng tôi đã gửi cho quý vị.
- Nếu quý vị để bỏ lỡ thời hạn liên lạc Tổ chức Cải thiện Chất lượng, 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 làm việc đó, tham khảo **Mục I4**.
- 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. Vui lòng Mục F4 tại trang 193 biết cách nộp đơn khiếu nại hoặc xin 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 điện thoại cuối trang hoặc gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048. Hoặc nhận bản sao trên mạng tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

Điều gì sẽ diễn ra trong quá trình kháng cáo nhanh

- Người xem xét của Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) hỏi quý vị hoặc đại diện của quý vị tại sao quý vị lại cho rằng phải bảo hiểm tiếp. Quý vị không bắt buộc phải viết một bản tường trình, nhưng quý vị có thể.
- Người xem xét sẽ xem thông tin 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.
- Chương trình chúng tôi cũng gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích các lý do của chúng tôi về việc kết thúc bảo hiểm cho các dịch vụ của quý vị. Quý vị sẽ nhận được thông báo vào cuối ngày những người xem xét thông báo cho chúng tôi về khiếu nại của quý vị.

Thuật ngữ pháp lý cho phần giải thích thông báo là **"Giải thích Chi tiết cho Quyết định Không Bảo hiểm."**

- Người xem xét sẽ cho quý vị biết quyết định của họ trong vòng trọn một ngày sau khi nhận được tất cả thông tin mà họ cần.

Nếu Tổ chức Xem xét Độc lập nói **Đồng ý với** kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị cho đến khi nào chúng còn cần thiết về mặt y tế.

Nếu Tổ chức Xem xét Độc lập nói **Không đồng ý với** kháng cáo của quý vị:

- Bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã cho quý vị biết.
- Chúng tôi dừng thanh toán phần chi phí của mình cho dịch vụ chăm sóc này vào ngày trong thông báo.
- Quý vị tự thanh toán toàn bộ chi phí của chăm sóc này nếu quý vị quyết định tiếp tục chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc các dịch

vụ của Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) sau ngày bảo hiểm của quý vị kết thúc

- Quý vị quyết định có muốn tiếp tục sử dụng các dịch vụ này và kháng cáo Cấp 2 hay không.

I3. Đưa ra Kháng cáo Cấp 2

Đối với Kháng cáo Cấp 2, quý vị sẽ yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem lại quyết định của họ về Kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Gọi cho chúng tôi theo số (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668).

Quý vị phải yêu cầu xem xét **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày mà Tổ chức Cải thiện Chất lượng nói **Không** với Kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị **chỉ** có thể yêu cầu xem xét này nếu quý vị tiếp tục nhận chăm sóc sau ngày bảo hiểm cho chăm sóc của quý vị kết thúc.

Người xem xét của Tổ chức Cải thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization) sẽ:

- Xem cẩn thận một lần nữa tất cả mọi thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.
- Cho quý vị biết quyết định của họ về Kháng cáo Cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu xem xét lần thứ hai.

Nếu Tổ chức Xem xét Độc lập nói **Đồng ý với** kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi 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 đài thọ cho quý vị sẽ kết thúc.
- Chúng tôi phải cung cấp 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 Độc lập nói **Không đồng ý với** kháng cáo của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc kết thúc chăm sóc của quý vị và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Họ cung cấp cho quý vị một lá thư cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình kháng cáo và đưa ra Kháng cáo Cấp 3.
- Quý vị 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. Vui lòng tham khảo Mục F4 tại trang 193 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.

Thẩm phán Luật Hành chính hoặc quan tòa xử lý các Kháng cáo Cấp 3. Tham khảo **Mục J** để tìm hiểu về Kháng cáo Cấp 3, 4, và 5.

I4. Đưa ra Kháng cáo Thay thế Cấp 1

Như đã giải thích trong **Mục I2**, quý vị phải nhanh chóng hành động và liên lạc Tổ chức Cải thiện Chất lượng để bắt đầu Kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Nếu quý vị bị lỡ hạn, quý vị có thể sử dụng quy trình "Kháng cáo Thay thế".

Liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo các số ở cuối trang và yêu cầu chúng tôi "xem xét nhanh".

> Thuật ngữ pháp lý cho “xét duyệt nhanh” là **“kháng cáo cấp tốc.”**

- Chúng tôi xem xét tất cả các thông tin về trường hợp của quý vị.
- Chúng tôi kiểm tra xem quyết định đầu tiên là hợp lý hay không và tuân thủ các quy định khi chúng tôi đặt ngày kết thúc bảo hiểm cho các dịch vụ của quý vị.
- Chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn thường và 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 kháng cáo nhanh của quý vị:

- Chúng tôi đồng ý rằng quý vị cần các dịch vụ lâu hơn.
- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị cho đến khi nào các dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.
- 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 chúng tôi nói rằng bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.

Nếu chúng tôi nói **Không đồng ý** với kháng cáo nhanh của quý vị:

- Bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ này kết thúc vào ngày chúng tôi đã cho quý vị biết.
- Chúng tôi sẽ không thanh toán bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào sau ngày này.
- Quý vị sẽ trả toàn bộ chi phí của các dịch vụ này nếu quý vị tiếp tục nhận chúng sau ngày mà chúng tôi đã nói với quý vị rằng bảo hiểm của chúng tôi sẽ kết thúc.

- Chúng tôi gửi khiếu nại của quý vị đến Tổ chức Xem xét Độc lập để đảm bảo rằng chúng tôi đã tuân thủ tất cả các quy tắc. Khi chúng tôi làm việc này, trường hợp của quý vị sẽ tự động được chuyển sang quy trình kháng cáo Cấp 2.

I5. Đưa ra Kháng cáo Thay thế Cấp 2

Trong quá trình Kháng cáo Cấp 2,

Chúng tôi gửi thông tin về Kháng cáo Cấp 2 của quý vị cho Tổ chức Xem xét Độc lập trong vòng 24 giờ kể từ khi nói Không đồng ý với Kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Chúng tôi tự động thực hiện việc này. Quý vị không cần phải thực hiện bất kỳ việc gì.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hoặc bất kỳ thời hạn nào khác, quý vị có thể khiếu nại. Tham khảo **Mục K** để tìm hiểu về việc khiếu nại.

Tổ chức Xem xét Độc lập "xem xét nhanh" khiếu nại của quý vị. Họ sẽ xem xét cẩn thận tất cả mọi thông tin về việc xuất viện của quý vị và thường cho quý vị câu trả lời trong vòng 72 giờ.

Nếu Tổ chức Xem xét Độc lập nói **Đồng ý với** kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi 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 đài thọ cho quý vị sẽ kết thúc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ nội trú tại bệnh viện được bảo hiểm của quý vị cho đến khi nào các dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.

Nếu Tổ chức Xem xét Độc lập nói **Không đồng ý với** kháng cáo của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc kết thúc chăm sóc của quý vị và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Họ cung cấp cho quý vị một lá thư cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình kháng cáo và đưa ra Kháng cáo Cấp 3.

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. Vui lòng tham khảo Mục F4 tại trang 193 biết cách xin DMHC cho Đánh giá Y tế Độc lập. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu Đánh giá Y tế Độc lập ngoài hoặc thay cho việc Kháng cáo Cấp 3.

Thẩm phán Luật Hành chính hoặc quan tòa xử lý các Kháng cáo Cấp 3. Tham khảo **Mục J** để tìm hiểu về Kháng cáo Cấp 3, 4, và 5.

J. Tiến hành kháng cáo của quý vị sau Cấp 2

J1. 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 bỏ, quý vị có thể có quyền kháng cáo lên các cấp nữa.

Nếu giá trị tính bằng đô la của dịch vụ hoặc khoản mục Medicare mà quý vị kháng cáo không đáp ứng được một mức đô la tối thiểu nào đó, quý vị không được kháng cáo thêm. Nếu giá trị tính bằng đô la đủ cao, quý vị có thể tiếp tục quy trình kháng cáo. Thư của Tổ chức Xem xét Độc lập gửi cho Kháng cáo Cấp 2 của quý vị cho biết phải liên lạc với ai và phải làm gì để yêu cầu Kháng cáo Cấp 3.

Kháng cáo Mức 3

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 là ALJ hoặc quan tòa làm việc cho chính quyền liên bang.

Nếu ALJ hoặc quan tòa nói **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị**,** chúng tôi có quyền kháng cáo một quyết định Cấp 3 có lợi cho quý vị.

- Nếu chúng tôi quyết định **kháng cáo** quyết định đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản sao của yêu cầu Kháng cáo Cấp 4 với mọi tài liệu đi kèm. Chúng tôi có thể chờ quyết định Khiếu nại Mức 4 trước khi ủy quyền hoặc cung cấp dịch vụ đang tranh chấp.
- Nếu chúng tôi quyết định **không kháng cáo** quyết định đó, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của ALJ hoặc quan tòa.

Nếu ALJ hoặc quan tòa nói **Không** với kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo có thể không kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định này bác kháng cáo của quý vị, quý vị có thể tiếp tục đến mức tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết những gì phải làm cho Kháng cáo Cấp 4.

Kháng cáo Mức 4

Hội đồng Khiếu nại Medicare xem xét và cho quý vị câu trả lời. Hội đồng là một phần của Chính phủ liên bang.

Nếu Hội đồng nói **Có** với Kháng cáo Cấp 4 của quý vị hoặc từ chối yêu cầu xem xét lại quyết định Kháng cáo Cấp 3 thuận lợi cho quý vị, chúng tôi có quyền Kháng cáo Cấp 5.

- Nếu chúng tôi quyết định **kháng cáo** quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- Nếu chúng tôi quyết định **không kháng cáo** quyết định đó, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của Hội đồng.

Nếu Hội đồng nói **Không đồng ý** hoặc từ chối yêu cầu xem xét của chúng tôi, quy trình kháng cáo có thể không kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định này bác kháng cáo của quý vị, quý vị có thể tiếp tục tiến hành đến mức tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết quý vị có thể đến Kháng cáo Cấp 5 hay không và phải làm gì.

Kháng cáo Mức 5

Một thẩm phán Tòa án Quận của Liên bang sẽ xem xét khiếu nại của quý vị và tất cả thông tin và quyết định **Đồng ý** hoặc **Không**. Đây là quyết định cuối cùng. Không có cấp kháng cáo nào khác ngoài Tòa án Quận của Liên bang.

J2. Kháng cáo Medi-Cal bổ sung

Quý vị cũng có quyền kháng cáo khác nếu kháng cáo của quý vị là về các dịch vụ hoặc khoản mục thường được Medi-Cal bảo hiểm. Thư quý vị nhận được từ văn phòng Điều trần Công bằng sẽ cho quý vị biết quý vị phải làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình kháng cáo. 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 bị 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.

J3. Kháng cáo Cấp 3, 4, và 5 cho Yêu cầu Thuốc Phần D

Phần này có thể phù hợp đối với quý vị nếu quý vị đưa ra Kháng cáo Cấp 1 và Kháng cáo Cấp 2, và cả hai kháng cáo của quý vị đã bị từ chối.

Nếu giá trị đô la của thuốc quý vị kháng cáo đáp ứng các mức đô-la cụ thể, quý vị có thể đến các mức kháng cáo bổ sung. Phản hồi bằng văn bản quý vị nhận được đối với Kháng cáo Cấp 2 của quý vị giải thích về những người phải liên lạc và những gì phải làm để yêu cầu Kháng cáo Cấp 3.

Kháng cáo Mức 3

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 là ALJ hoặc quan tòa làm việc cho chính quyền liên bang.

Nếu ALJ hoặc quan tòa nói **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị**:**

- Quy trình kháng cáo đã kết thúc.
- Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc đã được Hội đồng phê duyệt trong vòng 72 giờ (24 giờ cho kháng cao nhanh) hoặc thực hiện thanh toán chậm nhất là 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định.

Nếu ALJ hoặc quan tòa nói **Không** với kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo có thể không kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định này bác kháng cáo của quý vị, quý vị có thể tiếp tục đến mức tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết những gì phải làm cho Kháng cáo Cấp 4.

Kháng cáo Mức 4

Hội đồng Khiếu nại Medicare xem xét và cho quý vị câu trả lời. Hội đồng là một phần của Chính phủ liên bang.

Nếu Hội đồng nói **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Quy trình kháng cáo đã kết thúc.
- Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc đã được Hội đồng phê duyệt trong vòng 72 giờ (24 giờ cho kháng cao nhanh) hoặc thực hiện thanh toán chậm nhất là 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định.

Nếu Hội đồng nói **Không đồng ý** với kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo có thể không kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định này bác kháng cáo của quý vị, quý vị có thể tiếp tục tiến hành đến mức tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết quý vị có thể đến Kháng cáo Cấp 5 hay không và phải làm gì.

Kháng cáo Mức 5

Một thẩm phán Tòa án Quận của Liên bang sẽ xem xét khiếu nại của quý vị và tất cả thông tin và quyết định **Đồng ý** hoặc **Không**. Đây là quyết định cuối cùng. Không có cấp kháng cáo nào khác ngoài Tòa án Quận của Liên bang.

K. Cách khiếu nại

K1. 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, điều phối chăm sóc 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:	Ví dụ
Chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị	• Quý vị không hài lòng với chất lượng chăm sóc, như việc chăm sóc tại bệnh viện của quý vị chẳng hạn.
Tôn trọng sự riêng tư của quý vị	• Quý vị cho rằng ai đó đã không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc đã chia sẻ thông tin bí mật về quý vị.
Thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc các hành vi tiêu cực khác	• 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 chúng tôi xử tệ với quý vị. • Quý vị cho rằng mình đang bị đẩy ra khỏi chương trình của chúng tôi.
Hỗ trợ tiếp cận và ngôn ngữ	• Quý vị không thể được thực sự tiếp cận với các dịch vụ và tiện nghi chăm sóc sức khỏe tại văn phòng của bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ. • Bác sĩ hoặc nhà cung cấp của quý vị không cung cấp thông dịch viên cho ngôn ngữ không phải tiếng Anh mà quý vị nói (như Ngôn ngữ Ký hiệu hoặc Tiếng Tây Ban Nha chẳng hạn). • Nhà cung cấp của quý vị không cung cấp cho quý vị các điều chỉnh hợp lý khác mà quý vị cần và yêu cầu.
Thời gian đợi	• Quý vị gặp khó khăn về việc xin hẹn thăm khám hoặc chờ quá lâu mới được hẹn thăm khám. • Các bác sĩ, dược sĩ, hoặc nhân viên y tế khác, bộ phận Chăm sóc Khách hàng, hoặc nhân viên khác của chương trình khiến quý vị phải chờ đợi quá lâu.
Sự sạch sẽ	• Quý vị cho rằng phòng khám, bệnh viện hoặc văn phòng bác sĩ kém vệ sinh.

Khiếu nại:	Ví dụ
Thông tin quý vị nhận được từ 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 thông tin bằng văn bản chúng tôi gửi cho quý vị khó hiểu quá.
Tính kịp thời liên quan đến quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo	• Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc trả lời kháng cáo của quý vị. • Quý vị nghĩ 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 không nghĩ chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị cho Tổ chức Xem xét Độc lập kịp thời.

Có các loại khiếu nại khác nhau. 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 được đệ trình và xem xét bởi một tổ chức không liên kết với chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị cần được trợ giúp để khiếu nại nội bộ và/hoặc ra bên ngoài, quý vị có thể gọi Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số (800) 452-4113.

> 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."**

K2. Khiếu nại nội bộ

Để khiếu nại nội bộ, xin gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-800-452-4413 (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.
- Dưới đây là cách nó hoạt động:
    - Bước 1: Nộp đơn khiếu nại

    Để bắt đầu quy trình, hãy gọi cho đại diện bộ phận Chăm sóc Khách hàng trong vòng 60 ngày theo lịch kể từ ngày xảy ra sự kiện và yêu cầu nộp đơn than phiền. Quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền bằng văn bản trong vòng 60 ngày theo lịch kể từ ngày diễn ra sự kiện bằng cách gửi đến:

    Blue Shield TotalDual Plan
    Appeals & Grievances Department
    P.O. Box 927, Woodland Hills CA 91365-9856
    FAX: (916) 350-6510

    Nếu liên lạc với chúng tôi qua fax hoặc qua bưu điện, vui lòng gọi cho chúng tôi để yêu cầu Mẫu **Đơn Kháng cáo & Than phiền của Blue Shield TotalDual Plan**.

    Chúng tôi sẽ gửi thư báo cho quý vị biết là chúng tôi đã nhận được thông báo về lo ngại của quý vị trong vòng 5 ngày theo lịch và cung cấp cho quý vị tên của người đang thực hiện việc đó. Thông thường chúng tôi sẽ giải quyết việc này trong vòng 30 ngày theo lịch.

    Nếu quý vị yêu cầu một "than phiền nhanh" vì chúng tôi quyết định không cho quý vị "quyết định nhanh" hoặc "khiếu nại nhanh", chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị đến một giám đốc y tế không tham gia vào quyết định ban đầu của chúng tôi. Chúng tôi có thể hỏi xem quý vị có thông tin bổ sung không có sẵn vào thời điểm quý vị đã yêu cầu "quyết định ban đầu nhanh" hoặc "kháng cáo nhanh" hay không.

    Giám đốc y tế sẽ xem xét yêu cầu của quý vị và quyết định xem quyết định ban đầu của chúng tôi có phù hợp hay không. Chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị kèm theo quyết định của chúng tôi trong vòng 24 giờ kể từ khi quý vị yêu cầu "than phiền khẩn cấp."

    Chúng tôi phải xử lý than phiền của quý vị nhanh theo yêu cầu của trường hợp của quý vị trên cơ sở tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không được muộn hơn 30 ngày theo lịch sau khi nhận được than phiền.

    - Bước 2: Phiên Phân xử Than phiền

    Nếu quý vị không hài lòng với việc giải quyết than phiền của quý vị liên quan đến chất lượng chăm sóc, quý vị có thể đưa ra yêu cầu bằng văn bản đến Phòng Khiếu

nại & Than phiền Blue Shield Medicare để phân xử than phiền. Trong vòng 31 ngày theo lịch kể từ khi có văn bản yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ triệu tập một ban để phân xử vụ việc của quý vị. Quý vị sẽ được mời tham dự phiên điều trần, bao gồm một bác sĩ không có liên quan và đại diện từ Phòng Giải quyết Khiếu nại và Than phiền. Quý vị có thể tham dự trực tiếp hoặc hội nghị từ xa. Sau phiên phân xử, chúng tôi sẽ gửi thư giải quyết cuối cùng cho quý vị.

- Nếu quý vị không hài lòng với việc giải quyết than phiền của quý vị không bao gồm chất lượng chăm sóc, như thời gian đợi, sự thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng hoặc sự sạch sẽ, quý vị có thể liên lạc bộ phận Chăm sóc Khách hàng Blue Shield TotalDual Plan để yêu cầu xem xét thêm.

> **Thuật ngữ pháp lý** cho “khiếu nại nhanh” là **“than phiền cấp tốc.”**

Nếu có thể được, chúng tôi trả lời cho quý vị ngay. 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 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 đưa ra khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu ra "quyết định đài thọ 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 đưa ra khiếu nại vì chúng tôi đã vượt quá thời hạn ra quyết định đài thọ 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 chúng tôi không đồng ý với một số hoặc toàn bộ khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ cho quý vị biết và nói rõ lý do của chúng tôi. Chúng tôi trả lời chúng tôi có đồng ý với khiếu nại của quý vị hay không.

K3. Khiếu nại ra bên ngoài

Medicare

Quý vị có thể báo cho Medicare về khiếu nại của quý vị hoặc gửi cho Medicare. Mẫu Khiếu nại với Medicare có cung cấp tại: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Quý vị không cần phải nộp đơn phàn nàn với Blue Shield TotalDual Plan trước khi nộp đơn phàn nàn với Medicare.

Medicare tiếp nhận đơn khiếu nại của quý vị rất nghiêm túc và 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 sức khỏe không giải quyết cho vấn đề của quý vị, quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. Cuộc gọi được miễn phí.

Medi-Cal

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California (DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman bằng cách gọi số 1-888-452-8609. Người dùng TTY có thể gọi 711. Gọi Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Sở Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý của California (DMHC). 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).

Office for Civil Rights

Quý vị có thể khiếu nại với Văn phòng Dân quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh 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 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
Customer Response Center: (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 (ADA) và theo Đạo luật về Những Phần Sửa đổi của ADA 2008 (P.L. 110-325). Quý vị có thể liên hệ với Chương trình Thanh tra Medi-Cal để xin trợ giúp. Số điện thoại là 1-888-452-8609.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng

Khi khiếu nại của quý vị là về chất lượng chăm sóc, quý vị có hai lựa chọn:

- Quý vị có thể khiếu nại về chất lượng chăm sóc trực tiếp với Tổ chức Cải thiện Chất lượng.
- Quý vị có thể khiếu nại với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị tiến hành khiếu nại với Tổ chức Cải thiện Chất lượng, chúng tôi làm việc với họ để giải quyết khiếu nại 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 Tổ chức Cải thiện Chất lượng, tham khảo **Mục H2** hoặc tham khảo **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên*.

Tại California, Tổ chức Cải thiện Chất lượng được gọi là Livanta. Số điện thoại của họ là (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668.

Chương 10: Kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Giới thiệu

Chương này giải thích cách quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình với chương trình của chúng tôi và các lựa chọn bảo hiểm y tế sau khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi. 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 *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

Mục lục

A. Khi nào quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi....249

B. Cách kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi....250

C. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal....250

C1. Dịch vụ Medicare của quý vị....251

C2. Dịch vụ Medi-Cal của quý vị....253

D. Cách nhận dịch vụ y tế và các thuốc của quý vị cho đến khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc....253

E. Các tình huống khác khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc....254

F. Quy chế không được yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình zcủa chúng tôi vì bất cứ lý do nào liên quan đến sức khỏe của quý vị....255

G. Quý vị có quyền khiếu nại khi chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình chúng tôi....256

A. Khi nào quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Hầu hết mọi người có Medicare có thể kết thúc tư cách hội viên trong một số thời gian cụ thể trong năm. Vì quý vị có Medi-Cal, quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình với chương trình của chúng tôi hoặc chuyển sang một chương trình khác một lần trong mỗi Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt sau đây:

- Tháng 1 đến tháng 3
- Tháng 4 đến tháng 6
- Tháng 7 đến tháng 9

Ngoài ba giai đoạn Ghi danh Đặc biệt này, quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi trong các khoảng thời gian sau hàng năm:

- Giai đoạn Ghi danh Hàng năm, kéo dài từ ngày 15 tháng 10 cho đến ngày 7 tháng 12. Nếu quý vị chọn một chương trình mới trong suốt thời gian này, tư cách hội viên chương trình của quý vị kết thúc vào ngày 31 tháng 12 và tư cách hội viên của quý vị trong chương trình mới bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.

- Ghi danh Mở rộng của Medicare Advantage diễn ra từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3. Nếu quý vị chọn một chương trình mới trong giai đoạn này, tư cách hội viên chương trình mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày thứ nhất của tháng tiếp theo.

Có thể có các trường hợp khác khi quý vị đủ điều kiện thực hiện thay đổi cho việc ghi danh của quý vị. Ví dụ, khi:

- Quý vị chuyển khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi,

- Điều kiện tham gia Medi-Cal hoặc Trợ cấp Đặc biệt của quý vị đã thay đổi, hoặc

- Nếu quý vị mới chuyển đến, hiện đang được chăm sóc, hoặc mới chuyển ra khỏi viện dưỡng lão hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn.

Tư cách hội viên của quý vị kết thúc vào ngày cuối cùng của tháng chúng tôi nhận được yêu cầu thay 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 kết thúc vào ngày 31 Tháng 1. Bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng kế tiếp (ngày 1 tháng 2 trong ví dụ này).

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 **Mục C1**.

- Các dịch vụ Medi-Cal tại **Mục C2**.

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 các số ở cuối trang.
- 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.
- Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm chi tiết hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng vào trang www.aging.ca.gov/HICAP/.
- Heath Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 đến 6:00 chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077.
- Medi-Cal Managed Care Ombudsman theo số 1-888-452-8609, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều hoặc e-mail MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

LƯU Ý: Nếu quý vị trong chương trình quản lý thuốc, quý vị không thể tham gia thay đổi các chương trình. *Tham khảo Chương 5 của Sổ tay Hội viên 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 của chúng tôi

Quý vị có các tùy chọn sau đây nếu quý vị muốn rời khỏi chương trình của chúng tôi:

- 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 tìm dịch vụ Medicare cho quý vị khi rời khỏi chương trình chúng tôi trong bảng tại trang 237.
- 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.
- Mục C dưới đây bao gồm các bước quý vị có thể thực hiện để ghi danh vào một chương trình khác, cũng sẽ kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

C. Cách nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal

Quý vị có các lựa chọn về việc nhận dịch vụ Medicare và Medi-Cal nếu quý vị chọn rời khỏi chương trình của chúng tôi.

C1. Dịch vụ Medicare của quý vị

Quý vị có ba cách chọn để nhận dịch vụ Medicare liệt kê bên dưới. Bằng cách chọn một trong các lựa chọn sau, quý vị tự động chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi.

1. Quý vị có thể chuyển sang:	**Sau đây là những việc cần làm:**
Một chương trình sức khỏe khác của Medicare bao gồm một chương trình kết hợp bảo hiểm Medicare và Medi-Cal của quý vị.	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 Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm chi tiết hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng vào trang www.aging.ca.gov/HICAP/. **HOẶC** Ghi danh vào một chương trình mới của Medicare. Quý vị được tự động hủy ghi danh khỏi chương trình Medicare khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị có thể thay đổi.

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 Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm chi tiết hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng vào trang www.aging.ca.gov/HICAP/. **HOẶC** Ghi danh tham gia một chương trình thuốc theo toa mới của Medicare. Quý vị được tự động hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm của Original Medicare của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ không thay đổi.

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 thắc mắc không biết mình có cần bảo hiểm thuốc hay không, xin gọi cho Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng 5:00 chiều. Để tìm hiểu thêm hoặc để tìm văn phòng HICAP tại địa phương 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 Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) của California theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. Để biết thêm chi tiết hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng vào trang www.aging.ca.gov/HICAP/. Quý vị được tự động hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm của Original Medicare của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ không thay đổi.

C2. Dịch vụ Medi-Cal của quý vị

Nếu có thắc mắc về cách nhận các dịch vụ Medi-Cal của quý vị sau khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với Health Care Options theo số 1-844-580-7272, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 6:00 chiều. Người dùng TTY nên gọi 1-800-430-7077. Hỏi cách tham gia một chương trình khác hoặc quay lại Original Medicare ảnh hưởng như thế nào đến bảo hiểm Medi-Cal quý vị nhận được.

D. Cách nhận dịch vụ y tế và các thuốc của quý vị cho đến khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, 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. Trong

thời gian này, quý vị vẫn được nhận thuốc theo toa và chăm sóc sức khỏe qua chương trình của chúng tôi cho đến khi chương trình mới của quý vị bắt đầu.

- Sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi kể cả thông qua nhà thuốc cung cấp dịch vụ qua bưu điện của chúng tôi để mua thuốc theo toa của quý vị.
- Nếu quý vị nhập viện vào ngày kết thúc tư cách hội viên Blue Shield TotalDual Plan, chương trình của chúng tôi sẽ bảo hiểm cho thời gian nằm viện của quý vị cho đến khi quý vị xuất viện.

E. Các tình huống khác khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc

Đó là các trường hợp khi chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi:

- 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 nhận Medi-Cal (Medicaid). Chương trình của chúng tôi chỉ dành cho những người hội đủ điều kiện đối với cả hai chương trình Medicare và Medi-Cal (Medicaid).
    - Những người thụ hưởng Medicare ghi danh vào Blue Shield TotalDual Plan phải đủ điều kiện cho cả Medicare Phần A và Phần B và Medi-Cal (Medicaid). Nếu quý vị không còn đủ điều kiện hưởng quyền lợi của Medi-Cal (Medicaid), chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết việc quý vị mất trạng thái Medi-Cal (Medicaid) và chúng tôi sẽ tiếp tục bảo hiểm cho các quyền lợi Medicare của quý vị cho đến khi quý vị có thể lại đủ điều kiện cho Medi-Cal (Medicaid) trong vòng 6 tháng tiếp theo sau khi thông báo mất trạng thái nhu cầu đặc biệt.
    - Chúng tôi tạo cơ hội chuyển sang một trong những chương trình không phải HMO D-SNP của chúng tôi. Chương trình không phải HMO D-SNP được cung cấp cho những người thụ hưởng có quyền được hưởng cả Medicare Phần A và Medicare Phần B, nhưng không có quyền lợi Medi-Cal (Medicaid). Medicare cho phép Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt (SEP) cho những đối tượng thụ hưởng Medicare không còn đủ điều kiện hưởng Medi-Cal (Medicaid).
    - Nếu quý vị không đủ điều kiện hưởng lại Medi-Cal (Medicaid) hoặc chấp nhận cơ hội chuyển sang một chương trình không phải là HMO D-SNP trong vòng sáu (6) tháng sau khi thông báo mất trạng thái nhu cầu đặc biệt, quý vị sẽ bị vô tình hủy ghi danh khỏi Blue Shield TotalDual Plan.
- 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. Khi quý vị chuyển nhà hoặc đi xa, gọi Bộ phận Chăm sóc Khách hàng để được 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) 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 đạt quy định này.

Chúng tôi có thể trục xuất quý vị khỏi chương trình vì những lý do sau đây chỉ khi 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 để người khác sử dụng thẻ ID chương trình của mình để hưởng dịch vụ chăm sóc y tế. (Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh tra điều tra trường hợp của quý vị nếu chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị vì lý do này.)

F. Quy chế không được yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình zcủa chúng tôi vì bất cứ lý do nào liên quan đến sức khỏe của quý vị

Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị rời chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do gì liên quan tới sức khỏe của quý vị. 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 của quý vị, **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.

G. 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 chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ phải cho quý vị biết 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 tham khảo **Chương 9** của *Sổ tay Hội viên* để biết thông tin về cách khiếu nại.

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 chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối *Sổ tay Hội viên* của quý vị.

Mục lục

A. Thông báo về các luật 258

B. Thông báo về không phân biệt đối xử 258

C. Thông báo về Medicare là bên thanh toán thứ hai và Medi-Cal là phương thức thanh toán cuối cùng 259

D. Quản lý Chứng từ Bảo hiểm 260

E. Hợp tác với hội viên 260

F. Nhượng lại 260

G. Trách nhiệm của chủ sử dụng lao động 260

H. Trách nhiệm của cơ quan chính phủ 260

I. Bộ Cựu chiến binh Hoa Kỳ 260

J. Quyền lợi bồi thường cho người lao động hoặc quyền lợi trách nhiệm pháp lý của chủ lao động 261

K. Thu hồi tiền quá hạn 261

L. Khi một bên thứ ba gây thương tích của quý vị 261

M. Thông báo về việc tham gia trao đổi thông tin sức khỏe 262

N. Báo cáo Gian lận, Lãng phí và Lạm dụng 263

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 *Sổ tay Hội viên*. Các luật chính được áp dụng là luật liên bang và tiểu 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, giới tính hoặc xu hướng giới tính của quý vị. Ngoài ra, chúng tôi không phân biệt đối xử bất hợp pháp, loại trừ mọi người, hoặc đối xử với họ khác vì tổ tiên, nhận dạng nhóm dân tộc, nhận dạng giới tính, tình trạng hôn nhân hoặc tình trạng bệnh lý.

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.
- Hãy gọi cho Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe, Văn phòng Dân quyền theo số 916-440-7370. Người dùng TTY có thể gọi số 711 (Dịch vụ Tiếp sức Viễn thông).
- Gửi email tới CivilRights@dhcs.ca.gov.
- Điền thông tin vào mẫu khiếu nại hoặc gửi thư tới:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413
  Mẫu khiếu nại có tại:
  www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Nếu quý vị tin rằng mình đã bị phân biệt đối xử và muốn nộp đơn than phiền về phân biệt đối xử, liên lạc bộ phận Chăm sóc Khách hàng. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc lo ngại về tình trạng phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công, vui lòng gọi Văn phòng Dân quyền thuộc

Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh số 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) hoặc **Văn phòng Dân quyền** tại địa phương quý vị. Quý vị cũng có thể xem xét thông tin từ Phòng Quyền Dân sự của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh tại https://www.hhs.gov/ocr/index.

Nếu than phiền của quý vị là về việc bị phân biệt đối xử trong chương trình Medi-Cal, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Bộ Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe, Phòng Quyền Dân sự, qua điện thoại, bằng văn bản, hoặc bằng điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi 916-440-7370. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi 711 (Dịch vụ Chuyển tiếp Truyền thông).
- Bằng văn bản: Điền thông tin vào mẫu khiếu nại hoặc gửi thư tới:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

Mẫu khiếu nại có sẵn tại dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Qua phương thức điện tử: Gửi email tới CivilRights@dhcs.ca.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

Đôi khi người khác phải thanh toán 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 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.

Chúng tôi tuân thủ luật pháp và quy định của liên bang và tiểu bang liên quan đến trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho các hội viên. Chúng tôi thực hiện tất cả các biện pháp hợp lý để bảo đảm Medi-Cal chỉ là phương kế thanh toán cuối cùng.

D. Quản lý Chứng từ Bảo hiểm

Chúng tôi có thể áp dụng các chính sách, thủ tục và giải thích hợp lý để thúc đẩy việc quản lý có trật tự và hiệu quả Chứng từ Bảo hiểm này.

E. Hợp tác với hội viên

Quý vị phải điền bất kỳ mẫu đơn, mẫu đơn, giấy xác nhận, giấy tiết lộ, giấy ủy quyền, giấy thu lại và bất kỳ tài liệu nào khác mà chúng tôi yêu cầu trong quá trình kinh doanh thông thường hoặc được nêu trong Chứng từ Bảo hiểm này.

F. Nhượng lại

Quý vị không thể gán Chứng từ Bảo hiểm này hoặc bất kỳ quyền, lợi ích, yêu cầu bồi thường tiền đến hạn, quyền lợi, hoặc nghĩa vụ nào dưới đây mà không có sự đồng ý trước bằng văn bản của chúng tôi.

G. Trách nhiệm của chủ sử dụng lao động

Với bất kỳ dịch vụ nào mà luật pháp quy định chủ lao động phải cung cấp, chúng tôi sẽ không trả tiền cho chủ lao động, và khi chúng tôi bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ nào như vậy, chúng tôi có thể thu lại giá trị của các dịch vụ từ chủ lao động.

H. Trách nhiệm của cơ quan chính phủ

Đối với bất kỳ dịch vụ nào mà luật yêu cầu chỉ được cung cấp bởi hoặc chỉ nhận được từ cơ quan chính phủ, chúng tôi sẽ không thanh toán cho cơ quan chính phủ, và khi chúng tôi bảo hiểm bất kỳ dịch vụ nào như vậy, chúng tôi có thể thu hồi giá trị của các dịch vụ từ cơ quan chính phủ.

I. Bộ Cựu chiến binh Hoa Kỳ

Với bất kỳ dịch vụ nào cho những điều kiện mà luật quy định, Bộ Cựu chiến binh phải cung cấp, chúng tôi sẽ không thanh toán cho Bộ Cựu chiến binh, và khi chúng tôi bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ nào như vậy, chúng tôi có thể thu lại giá trị của các dịch vụ từ Bộ Cựu chiến binh.

J. Quyền lợi bồi thường cho người lao động hoặc quyền lợi trách nhiệm pháp lý của chủ lao động

Quý vị có thể đủ điều kiện nhận các khoản thanh toán hoặc quyền lợi khác theo luật bồi thường cho người lao động hoặc luật trách nhiệm thanh toán của chủ lao động. Chúng tôi sẽ cung cấp các thuốc Phần D được bảo hiểm ngay cả khi chưa rõ quý vị có được hưởng quyền lợi hay không, nhưng chúng tôi có thể thu hồi giá trị của bất kỳ Dịch vụ được Bảo hiểm nào từ các nguồn sau đây:

1. Từ bất kỳ nguồn nào cung cấp quyền lợi hoặc quyền lợi đến hạn từ ai.
2. Từ quý vị, đến mức quyền lợi được cung cấp hoặc thanh toán hoặc đã được yêu cầu phải được cung cấp hoặc thanh toán nếu quý vị đã siêng năng tìm cách thiết lập quyền lợi của mình theo bất kỳ luật bồi thường cho người lao động hoặc luật trách nhiệm pháp lý của chủ lao động.

K. Thu hồi tiền quá hạn

Chúng tôi có thể thu hồi bất kỳ khoản thanh toán quá mức nào chúng tôi thực hiện cho các dịch vụ từ bất kỳ ai nhận được khoản thanh toán quá mức hoặc từ bất kỳ người hoặc tổ chức nào có nghĩa vụ phải trả tiền cho các dịch vụ.

L. Khi một bên thứ ba gây thương tích của quý vị

Nếu quý vị bị thương hoặc bị ốm do hành động hoặc bỏ sót của một người khác (một "bên thứ ba"), Blue Shield, đối với Các Dịch vụ được yêu cầu do chấn thương, cung cấp Quyền lợi của Chương trình và có quyền bồi hoàn, bồi hoàn hoặc các biện pháp khắc phục có sẵn khác để thu hồi số tiền Blue Shield đã trả cho Dịch vụ cung cấp cho quý vị từ bất kỳ thu hồi nào (định nghĩa dưới đây) được thực hiện bởi hoặc thay mặt quý vị, từ hoặc thay mặt cho bên thứ ba chịu trách nhiệm về tổn thương hoặc bệnh tật hoặc bảo hiểm cho người lái xe không có bảo hiểm/không được bảo hiểm.

Quyền bồi hoàn, bồi hoàn hoặc biện pháp khắc phục hiện có khác không đối với bất kỳ sự thu lại nào mà quý vị nhận được do tổn thương hoặc bệnh tật, bao gồm bất kỳ số tiền nào được trao hoặc nhận theo phán quyết của tòa án, quyết định trọng tài, dàn xếp hoặc bất kỳ thỏa thuận nào khác, từ bất kỳ bên thứ ba hoặc bên bảo hiểm bên thứ ba, hoặc từ bảo hiểm của người lái xe không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm không được bảo hiểm, liên quan đến bệnh tật hoặc chấn thương ("Phục hồi"), mà không quan tâm đến liệu quý vị đã được "làm toàn bộ" do Phục hồi. Quyền bồi hoàn, bồi hoàn hoặc các biện pháp khắc phục có sẵn khác là đối với phần trong tổng số Tiền Thu lại là đến hạn Quyền lợi được trả liên quan đến tổn thương hoặc bệnh

tật đó, được tính theo Bộ luật Dân sự California Mục 3040.

Quý vị được yêu cầu:

1. Thông báo cho Blue Shield bằng văn bản về bất kỳ yêu cầu bồi hoàn hoặc hành động pháp lý thực tế hoặc tiềm năng nào mà quý vị muốn mang lại hoặc đã đưa ra đối với bên thứ ba phát sinh từ hành vi hoặc sai sót bị cáo buộc gây ra thương tích hoặc bệnh tật, không quá 30 ngày sau khi nộp hoặc nộp đơn yêu cầu bồi hoàn hoặc hành động pháp lý đối với bên thứ ba; và

2. Đồng ý hợp tác đầy đủ và thực hiện đầy đủ mọi hình thức hoặc tài liệu cần thiết để thực thi quyền bồi hoàn, bồi hoàn hoặc các giải pháp khắc phục khác có sẵn; và

3. Đồng ý bằng văn bản để hoàn trả Blue Shield cho Các Quyền lợi được Blue Shield thanh toán từ bất kỳ khoản thu lại nào khi Thu lại được từ hoặc thay mặt cho bên thứ ba hoặc bên bảo hiểm của bên thứ ba, hoặc từ bảo hiểm của người lái xe không được bảo hiểm hoặc bảo hiểm không được bảo hiểm; và

4. Cung cấp số tiền được phép thu lại được tính theo bộ luật Dân sự California mục 3040. Việc thu lại có thể sẽ được nộp cho bên thứ ba, đại lý hoặc luật sư của bên thứ ba, hoặc tòa án, trừ khi luật pháp có cấm khác; và,

5. Định kỳ phản hồi các yêu cầu thông tin liên quan đến yêu cầu bồi hoàn đối với bên ba, và thông báo cho Blue Shield, bằng văn bản, trong vòng mười (10) ngày sau khi Phục hồi.

Việc quý vị không tuân thủ 1. Thông qua 5., ở trên sẽ không dưới bất kỳ hình thức nào hoạt động như miễn trừ, giải phóng, hoặc hủy bỏ quyền của Blue Shield.

M. Thông báo về việc tham gia trao đổi thông tin sức khỏe

Blue Shield tham gia vào **Manifest MedEx** Health Information Exchange ("HIE") cung cấp thông tin sức khỏe của hội viên cho Manifest MedEx để được sử dụng bởi các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe được ủy quyền của họ. Manifest MedEx là một tổ chức độc lập, phi lợi nhuận duy trì cơ sở dữ liệu toàn tiểu bang về hồ sơ bệnh nhân điện tử bao gồm thông tin sức khỏe do các bác sĩ, cơ sở chăm sóc sức khỏe, các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các công ty bảo hiểm sức khỏe đóng góp. Các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe được ủy quyền (bao gồm bác sĩ, y tá và bệnh viện) có thể tiếp cận an toàn thông tin sức khỏe của bệnh nhân của họ thông qua Manifest MedEx HIE để hỗ trợ cung cấp dịch vụ chăm sóc an toàn, chất lượng cao.

Manifest MedEx tôn trọng quyền riêng tư của Hội viên và tuân thủ luật pháp về quyền riêng tư của liên bang và tiểu bang hiện hành. Manifest MedEx sử dụng hệ thống bảo mật tiên tiến và

các kỹ thuật mã hóa dữ liệu hiện đại để bảo vệ quyền riêng tư của Hội viên và bảo mật thông tin cá nhân của họ.

Mọi Hội viên Blue Shield đều có quyền chỉ dẫn Cho Manifest MedEx không chia sẻ thông tin sức khỏe của họ với các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của họ. Mặc dù việc quyết định không tham gia Manifest MedEx có thể hạn chế khả năng của nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của quý vị nhanh chóng tiếp cận thông tin chăm sóc sức khỏe quan trọng về quý vị, bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm quyền lợi chương trình sức khỏe của hội viên sẽ không bị ảnh hưởng bởi một cuộc bầu cử để chọn ra Manifest MedEx. Không bác sĩ hoặc bệnh viện nào tham gia vào Manifest MedEx sẽ từ chối chăm sóc y tế cho bệnh nhân chọn không tham gia vào Manifest MedEx HIE.

Những hội viên không muốn có thông tin chăm sóc sức khỏe được hiển thị trong Manifest MedEx nên điền mẫu trực tuyến tại địa chỉ https://www.manifestmedex.org/opt-out hoặc gọi Manifest MedEx theo số (888) 510-7142, 7 giờ sáng đến 7 giờ tối, giờ PST, Từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. TTY 711 dành cho người khiếm thính.

N. Báo cáo Gian lận, Lãng phí và Lạm dụng

Gian lận, lãng phí và lạm dụng (FWA) là gì?

- **Gian lận** là hành vi gian dối có chủ định có thể dẫn đến chi phí trái phép cho chương trình chăm sóc sức khỏe.
- **Lãng phí** là việc sử dụng các quỹ chăm sóc sức khỏe hoặc nguồn lực không phù hợp mà không cần phải làm như vậy.
- **Lạm dụng** là một cách thực hành không phù hợp với thực tiễn kinh doanh hoặc y tế âm thanh có thể trực tiếp hoặc gián tiếp dẫn đến các chi phí không cần thiết cho một chương trình chăm sóc sức khỏe.

Bảo vệ bản thân và quyền lợi của quý vị

- Không bao giờ cung cấp số An sinh Xã hội, Medicare hoặc chương trình sức khỏe hoặc thông tin ngân hàng của quý vị cho người quý vị không biết.
- Không đồng ý cho thực hiện bất kỳ xét nghiệm nào mà không có sự yêu cầu của bác sĩ quý vị.
- Việc chấp nhận bất kỳ khoản tiền nào có giá trị để đổi lấy các dịch vụ y tế là bất hợp pháp.

Cảnh giác với gian lận kiểm tra di truyền

Những kẻ lừa đảo tiếp cận những người không nghi ngờ gì tại các hội chợ y tế địa phương, cơ sở nhà ở người cao niên, trung tâm cộng đồng, các cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, và các địa điểm đáng tin cậy khác để thực hiện gian lận xét nghiệm di truyền. Họ hứa hẹn một cách

gian dối rằng Medicare sẽ trả tiền cho xét nghiệm, và quý vị chỉ cần cung cấp miếng gạc má, ID của quý vị và thông tin Medicare để nhận kết quả xét nghiệm của quý vị.

Thật không may, bây giờ những kẻ lừa đảo này có chương trình sức khỏe hoặc số Medicare của quý vị, và họ có thể lập hóa đơn Medicare hàng ngàn đô la cho các xét nghiệm hoặc thậm chí các dịch vụ mà quý vị không bao giờ nhận được. Họ cũng có thông tin di truyền cá nhân của quý vị.

Để báo cáo các nghi ngờ về gian lận, lãng phí và lạm dụng, vui lòng liên lạc:

- **Đường dây nóng về gian lận Medicare của Blue Shield of California: (855) 331-4894 (TTY: 711)** hoặc qua email: MedicareStopFraud@blueshieldca.com.

- **Medicare theo số 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227),** 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần (người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

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* của quý vị 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: Là một nhóm thuốc có cùng số tiền đồng trả. Mọi thuốc trong *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm* (còn được gọi là Danh sách Thuốc) thuộc một trong năm bậc chia sẻ chi phí. Thông thường, mức đóng góp chi phí cao hơn **thì chi phí thuốc của quý vị cao hơn.**

Bác sĩ chăm sóc chính (PCP): Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị sử dụng trước tiên cho hầu hết các vấn đề về sức khỏe. Họ đảm bảo rằng quý vị được hưởng sự chăm sóc cần thiết để luôn khỏe mạnh.

- Họ 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 sử dụng nhà cung cấp chăm sóc ban đầu của quý vị trước khi sử dụng bất kỳ một nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác.
- Tham khảo Chương *3* của Sổ tay Hội viên để biết thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp chăm sóc chính.

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 hiệu hoặc thuốc không cần toa (OTC) là ví dụ về bậc thuốc. Mỗi loại thuốc nằm trong Danh sách Thuốc thuộc một trong năm bậc.

Bộ phận Chăm sóc Khách hàng: Là một ban của chương trình chúng tôi phụ trách giải đáp thắc mắc cho quý vị về tư cách hội viên, phúc lợi, việc than phiền, và kháng cáo của quý vị. Xem Chương 2 để biết thêm thông tin về cách liên lạc Bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

Bộ phận giả và Dụng cụ Chỉnh hình: Các thiết bị y tế do bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác yêu cầu bao gồm, nhưng không giới hạn ở, cánh tay, lưng, và nẹp cổ; chi giả; mắt giả; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận hoặc chức năng cơ thể bên trong, bao gồm các đồ chứa chất thải và liệu pháp dinh dưỡng qua đường ruột và đường tiêm.

Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS): Các dịch vụ và hỗ trợ dài kỳ 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 bao gồm các Dịch vụ dành cho Người lớn tại Cộng

đồng (CBAS) và Cơ sở Điều dưỡng (NF).

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.

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 hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng 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: Là chương trình chăm sóc và hỗ trợ để giúp cho người có tiên lượng tử vong được sống cho 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.
- Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị một danh sách các nhà cung cấp chăm sóc cuối đời tại khu vực địa lý của quý vị.

Chăm sóc khẩn cấp: 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. Quý vị có thể nhận dịch 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): Là các 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 dịch vụ chăm sóc của cơ sở điều dưỡng chuyên môn **bao gồm liệu pháp vật lý hoặc tiêm tĩnh truyền mạch (IV) thực hiện bởi y tá đã đăng ký hành nghề hoặc bác sĩ.**

Chi phí tự chi trả: Yêu cầu hội viên phụ trả chi phí bằng cách trả một phần cho dịch vụ hoặc thuốc men mà họ nhận được gọi là yêu cầu trả chi phí "tự chi trả". Tham khảo định nghĩa về "chia sẻ chi phí" ở phần trên.

Chia sẻ chi phí: Là các số tiền mà quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ và thuốc toa nào đó. Phụ trả chi phí bao gồm cả tiền đồng trả.

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 quyền lợi của quý vị 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.

Cho phép trước: Quý vị phải nhận được sự cho phép của chúng tôi trước khi quý vị có thể nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể hoặc sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Chương trình của chúng tôi có thể không bao trả cho dịch vụ hoặc thuốc nếu quý vị không nhận được sự phê duyệt trước.

Chương trình của chúng tôi chỉ bảo hiểm cho một số dịch vụ y tế trong mạng lưới khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị được chúng tôi cho phép trước.

- Các dịch vụ được bảo hiểm cần sự cho phép trước của chương trình được đánh dấu trong **Chương 4** của *Sổ tay Hội viên*.

Chương trình chúng tôi chỉ bảo hiểm cho một số loại thuốc 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 sức khỏe: Một tổ chức cung cấp các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp các dịch vụ dài hạn và các nhà cung cấp khác. Tổ chức này cũng có những điều phối viên chăm sóc giúp quý vị quản lý tất cả các nhà cung cấp và dịch vụ của mình. Tất cả họ phối hợp với nhau để cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người Cao niên (PACE): Là 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 Bưu điện: Một số chương trình có thể cung cấp chương trình dịch

vụ qua thư cho phép quý vị nhận được nguồn cung cấp thuốc theo toa được bảo hiểm lên đến 3 tháng được gửi trực tiếp đến nhà của quý vị. Đây có thể là một cách tiện lợi và tiết kiệm chi phí để mua thuốc theo toa mà quý vị thường xuyên sử dụng.

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 nhu cầu đặc biệt cho những người đủ điều kiện kép (D-SNP): Chương trình sức khỏe phục vụ cho những cá nhân đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medi-Cal. Chương trình của chúng tôi là D-SNP.

Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP): Chương trình cung cấp thông tin và dịch vụ tư vấn khách quan và miễn phí về Medicare. Chương 2 của *Sổ tay Hội viên* cho biết cách liên lạc 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 lại bệnh sử y khoa và tình trạng hiện tại. Việc tìm hiểu về sức khỏe của quý vị được dùng để tìm hiểu 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. 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 quyết định IMR cho thấy quý vị đúng, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc liệu 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) mà chúng tôi bảo hiểm. Chúng tôi sẽ chọn các loại thuốc trong danh sách này với sự giúp đỡ của các bác sĩ và dược sĩ. Danh sách 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, trị liệu phục hồi chức năng và trị liệu âm 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 hội viên đủ tiêu chuẩn đáp ứng các tiêu chí đủ tiêu chuẩn áp dụng.

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 mà chương trình của chúng tôi bảo hiểm.

Dịch vụ được Medicare bảo hiểm: Là 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 nhạy cảm: Các dịch vụ liên quan đến sức khỏe tâm thần hoặc hành vi, sức khỏe sinh sản và tình dục, kế hoạch hóa gia đình, nhiễm trùng qua đường tình dục (STI), HIV/AIDS, tấn công tình dục và phá thai, rối loạn sử dụng dược chất, chăm sóc khẳng định giới tính và

bạo lực đối tác thân mật.

Dịch vụ phục hồi chức năng: Phương pháp điều trị mà quý vị được dùng để giúp phục hồi từ một bệnh, tai nạn hoặc một cuộc đại phẫu. Tham khảo Chương 4 *của Sổ tay Hội viên* để tìm hiểu thêm về các dịch vụ phục hồi chức năng.

Dịch vụ Tùy chọn cho Kế hoạch Chăm sóc (Dịch vụ CPO): 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: 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), hay còn gọi là 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 giúp quý vị lên kế hoạch chăm sóc.

Đội ngũ chăm sóc: Tham khảo "Đội ngũ Chăm sóc Liên ngành."

Giai đoạn bảo hiểm ban đầu: Giai đoạn trước khi toàn bộ chi phí thuốc Phần D của quý vị đạt $4,660. Mức này bao gồm các số tiền quý vị trả, những khoản mà chương trình 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, chúng tôi 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 quyền lợi thuốc Phần D, khi đó chương trình của chúng tôi 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 $7,400 cho thuốc theo toa của quý vị.

Giấy giới thiệu: Giấy giới thiệu là chấp thuận của nhà cung cấp chăm sóc chính (của PCP) quý vị để sử dụng một nhà cung cấp khác ngoài PCP của quý vị. Nếu quý vị không được chấp thuận trước, chúng tôi có thể không bảo hiểm cho các dịch vụ này. Quý vị không cần giấy giới thiệu để sử dụng 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 4 của Sổ tay Hội viên.

Giới hạn số lượng: Giới hạn về số lượng thuốc quý vị có thể có. Chúng tôi có thể giới hạn số lượng thuốc mà chúng tôi bảo hiểm cho mỗi đơn thuốc.

Gửi hóa đơn không đúng/không phù hợp Trường hợp nhà cung cấp (ví dụ như bác sĩ hoặc bệnh viện) tính hóa đơn cho quý vị nhiều hơn khoản đóng góp chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ. 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 chương trình, quý vị chỉ phải trả phần chia sẻ chi phí của chương trình khi quý vị nhận được các dịch vụ mà 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): Là 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 chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của 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: Tham khảo "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 của Sổ tay Hội viên giải thích về thủ tục kháng cáo, kể cả cách 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").

Khu vực dịch vụ: Là khu vực địa lý mà tại đó chương trình sức khỏe nhận hội viên nếu họ chỉ nhận hội viên theo khu vực người ta đang sống. Đối với các chương trình giới hạn các bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, nhìn chung, đó là khu vực nơi quý vị có thể nhận được các dịch vụ định kỳ (không khẩn cấp). Chỉ những người sống tại khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi mới có thể nhận chương trình của chúng tôi.

Medi-Cal: Đây 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 Medi-Cal (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 Medi-Cal (Medicaid).
- Tham khảo **Chương 2** của *Sổ tay Hội viên* để biết thông tin về cách liên lạc với Medi-Cal.

Medicare Advantage: Chương trình Medicare, còn được gọi là “Medicare Phần C” hoặc “MA” cung cấp các chương trình MA 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: Là chương trình Medicare bảo hiểm cho hầu hết các dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế tại bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chăm sóc tại nhà và chăm sóc giai đoạn cuối đời.

Medicare Phần B: Là 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) 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, còn được gọi là "Medicare Advantage" hoặc "MA" cho phép các công ty bảo hiểm y tế tư nhân cung cấp quyền lợi Medicare thông qua một Chương trình Medicare Advantage.

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 bảo hiểm cho các thuốc theo toa ngoại trú, vắc xin, và một số vật dụng không được Medicare Phần A hoặc Phần B hoặc Medi-Cal bảo hiểm. Chương trình của chúng tôi bao gồm Medicare Phần D.

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). 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.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 (tham khảo “Chương trình Sức khỏe”).

Mức chia sẻ chi phí hàng ngày: Là 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 nào đó 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.

Ngoại lệ: Là việc cho phép được bảo hiểm cho một loại thuốc thường không được bảo hiểm hoặc sử dụng thuốc đó mà không phải tuân theo các quy định hoặc giới hạn nào đó.

Người ghi danh Medicare-Medi-Cal: Là 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".

Nhà cung cấp dịch vụ 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 kỳ**.**

- 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 trong mạng lưới" khi họ đồng ý làm việc với chương trình sức khỏe của chúng tôi, chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi và không tính thêm phí cho hội viên.
- 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 cung cấp ngoài mạng lưới hoặc cơ sở ngoài mạng lưới: Là nhà cung cấp hoặc cơ sở không do chương trình chúng tôi tuyển dụng, sở hữu hoặc điều hành và không được hợp đồng để cung cấp các dịch vụ được bảo hiểm cho hội viên của chương trình chúng tôi. Chương 3 của Sổ tay Hội viên giải thích về các nhà cung cấp hoặc cơ sở cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới.

Nhà hoặc cơ sở điều dưỡng: Là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận dịch vụ chăm sóc tại nhà nhưng không cần phải đưa vào bệnh viện.

Nhà thuốc chuyên khoa: Tham khảo Chương 5 của *Sổ tay Hội viên để* tìm hiểu thêm về các nhà thuốc chuyên dụng.

Nhà thuốc ngoài mạng lưới: Là 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. Chương trình chúng tôi không bảo hiểm cho hầu hết các thuốc quý vị mua tại các nhà thuốc-ngoài-mạng lưới trừ khi những điều kiện nào đó được áp dụng.

Nhà thuốc trong mạng lưới: Là nhà thuốc (hiệu thuốc) đồng ý cung cấp thuốc toa cho hội viên chương trình của chúng tôi. Chúng tôi gọi họ là "nhà thuốc trong mạng lưới" vì họ đồng ý cộng tác với chương trình chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi chỉ đài thọ cho

thuốc theo toa của quý vị khi mua tại một nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Nhân viên hỗ trợ chăm sóc sức khỏe gia đình: Người cung cấp các dịch vụ không cần kỹ năng của y tá hoặc nhà trị liệu được cấp phép, chẳng hạn như giúp chăm sóc cá nhân (như tắm rửa, đi vệ sinh, mặc quần áo hoặc thực hiện các bài tập được chỉ định). Người hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà không có giấy phép điều dưỡng hoặc cung cấp phương pháp trị liệu.

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.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare trả lệ phí theo dịch vụ): Chính phủ cung cấp Original Medicare. Trong Original Medicare, các dịch vụ 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 Quốc hội ấn định.

- Quý vị có thể sử dụng 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: Tham khảo “Medicare Phần A.”

Phần B: Tham khảo “Medicare Phần B.”

Phần C: Tham khảo “Medicare Phần C.”

Phần D: Tham khảo “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 sẽ không chấp thuận, hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho một dịch vụ Medi-Cal mà quý vị đã nhận rồi, 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.

Quản lý Liệu pháp Thuốc: Một nhóm dịch vụ hoặc nhóm dịch vụ khác nhau do nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe, bao gồm dược sĩ, cung cấp, để đảm bảo kết quả điều trị tốt nhất cho bệnh nhân. Tham khảo Chương 5 của *Sổ tay Hội viên* để tìm hiểu thêm.

Quyết định trả bảo hiểm: Quyết định về các quyền lợi mà chúng tôi bảo hiểm. Trong đó bao gồm các quyết định về những loại thuốc và dịch vụ được bao trả hoặc số tiền mà chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sức khỏe của quý vị. Chương 9 *của Sổ tay Hội viên* giải thích phải làm sao để yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm.

Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức Khỏe (DHCS): Sở của tiểu bang California quản trị Chương trình Medi-Cal (Medicaid) (còn gọi là Medi-Cal).

Sở Quản lý Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe (DMHC): Sở của tiểu bang California chịu trách nhiệm giám sát các chương trình sức khỏe. DMHC giúp mọi người trong 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: Một loại khiếu nại quý vị đưa ra về chúng tôi hoặc một trong những nhà cung cấp hoặc 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 tại Chương 2 và 9 của *Sổ tay Hội viên*.

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 về DME 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 chương trình sức khỏe của quý vị, như tên, địa chỉ, số an sinh xã hội, các lần thăm khám bác sĩ và tiền sử bệnh. Tham khảo Thông báo Thực hiện Quyền riêng tư của chúng tôi để biết thêm thông tin về cách chúng tôi 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 (SSI): Tiền trợ cấp hàng tháng của Sở An sinh Xã hội chi trả 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. SSI tự động cung cấp bảo hiểm Medi-Cal.

Thuốc chính hiệu: Là thuốc theo 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: Là 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 kê toa bác sĩ được chính phủ liên bang phê duyệt để sử thế thuốc biệt dược. Thuốc gốc có cùng thành phần với thuốc thương hiệu. Nó thường rẻ hơn và cũng có công dụng như thuốc biệt dược.

Thuốc không cần toa (OTC): Thuốc không cần toa là các thuốc hoặc loại thuốc một người có thể mua mà không cần đơn thuốc từ chuyên gia chăm sóc sức khỏe.

Thuốc Medicare Phần D: Là 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 theo Phần D. Medi-Cal có thể bảo hiểm cho một số loại thuốc này.

Thuốc Phần D: Tham khảo "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 dịch vụ nào đó hoặc thuốc toa. Ví dụ, quý vị có thể sẽ phải trả $2 hoặc $5 cho một dịch vụ hoặc thuốc toa.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng (QIO): Là một nhóm bác sĩ và các chuyên viên y tế khác giúp nâng cao phẩm chất chăm sóc cho người có Medicare. Chính phủ liên bang thanh toán QIO để kiểm tra và cải thiện việc chăm sóc cho bệnh nhân. Tham khảo Chương 2 của Sổ tay Hội viên để biết thông tin về QIO.

Trị liệu từng bước: Quy định về bảo hiểm yêu cầu quý vị phải dùng thử một loại thuốc rồi chúng tôi mới bảo hiểm cho loại thuốc mà quý vị yêu cầu cung cấp.

Trợ cấp Đặc biệt: 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”.

Trợ cấp thu nhập thấp (LIS): Tham khảo “Trợ cấp Đặc biệt.”

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS): Cơ quan liên bang phụ trách Medicare. Chương 2 của *Sổ tay Hội viên* cho biết cách liên lạc với CMS.

Trung tâm phẫu thuật ngoại trú: Một cơ sở cung cấp dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho các bệnh nhân không cần chăm sóc của bệnh viện và không được dự kiến cần dịch vụ chăm sóc quá 24 giờ.

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) là $1.35. Điều này có nghĩa là số tiền quý vị trả cho thuốc của quý vị ít hơn $0.05 một chút một ngày. Nếu quý vị nhận được lượng cấp của 7 ngày, thì tiền thanh toán của quý vị sẽ là ít hơn $0.05 mỗi ngày nhân cho 7 ngày, ra tổng số là $0.35.

Xác nhận của tổ chức: Chương trình của chúng tôi ra quyết định của tổ chức khi chương trình hoặc một trong các nhà cung cấp của chương trình, ra quyết định về việc dịch vụ có được bảo hiểm hay không hoặc quý vị chi trả bao nhiêu cho các dịch vụ được bảo hiểm. Xác định của tổ chức được gọi là "quyết định bảo hiểm." Chương 9 **của Sổ tay Hội viên** giải thích về quyết định bảo hiểm.

Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan

Loại	Chi tiết
GỌI	(800) 452-4413 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần, ngày mỗi tuần. 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. 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần.
FAX	(877) 251-6671
VIẾT THƯ	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
TRANG MẠNG	www.blueshieldca.com/medicare

blue california

Multi-Language Insert
Multi-Language Interpreter Services

English We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-452-4413. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-452-4413. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-452-4413。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-452-4413。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-452-4413. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-452-4413. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-452-4413 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-452-4413. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-452-4413 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-452-4413. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن اي اسئلة تتعلق بالصحة او جدول الادوية لدينا. للحصول
ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-452-4413. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري،

Hindi हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-452-4413 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian E disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-452-4413. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-452-4413. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-452-4413. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-452-4413. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サ—ビスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-452-4413 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサ— ビスです。

Hmong Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm peb li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-452-4413. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

Ukrainian Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-452-4413. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

Navajo D77 ats'77s baa 1h1y3 47 doodago azee' bee aa 1h1y3 b7na'7d7[kidgo 47 n1 ata' hodoolnih77 h0l=. Ata' halne'4 biniiy4go, koj8' 1-800-452-4413 b44sh bee hod77lnih. Diné k'ehj7 y1[ti'i n7k1 adoolwo[. D77 t'11 j77k'eh bee an1'1wo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-452-4413 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្តាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានា ដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្តាល់មាត់ម្នាក់ សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-452-4413។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Mien Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a'fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-452-4413. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄຳຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-452-4413. ມີຜູ້ຮູ້ ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ մոտ հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կամ դեղերի պլանի հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ունենալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերեն իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվճար է:

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سؤالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کافیست با ما به شماره 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Thai ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-452-4413 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555