



Chứng có' bảo hiểm

Các dịch vụ và quyền lợi sức khỏe cũng như
bảo hiểm thuốc theo toa Medicare của quý vị
khi là hội viên của Blue Shield TotalDual Plan
(HMO D-SNP)

Quận Los Angeles và San Diego

ngày 1 tháng 1 năm 2025 – ngày 31 tháng 12 năm 2025

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP), *Cẩm Nang Hội Viên* của Chương trình Medicare Medi-Cal

H2819_24_378A_001_C_VI Approved 08202024

Chấp thuận OMB 0938-1444 (Hết hạn: ngày 30 tháng 6 năm 2026)

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Ngày 1 tháng 1 năm 2025 – Ngày 31 tháng 12 năm 2025

Bảo hiểm thuốc và y tế của quý vị theo Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP), một Chương trình Medicare Medi-Cal

Giới thiệu về Cẩm Nang Hội Viên

Cẩm Nang Hội Viên này, còn được gọi là *Chứng Cớ Bảo Hiểm*, cho quý vị biết về bảo hiểm của quý vị theo chương trình của chúng tôi cho đến ngày 31 tháng 12 năm 2025. Cẩm nang này giải thích các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi (rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn sử dụng chất kích thích), bảo hiểm thuốc theo toa, cũng như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong **Chương 12** của *Cẩm Nang Hội Viên*.

Đây là tài liệu pháp lý quan trọng. Vui lòng giữ tài liệu này ở nơi an toàn.

Khi *Cẩm Nang Hội Viên* này nói đến “chúng tôi”, “của chúng tôi” hoặc “chương trình của chúng tôi”, thì điều đó đều có nghĩa là Blue Shield TotalDual Plan.

Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung giản thể, tiếng Trung phồn thể, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog và tiếng Việt.

Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí ở các định dạng khác, chẳng hạn như bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi Braille và/hoặc âm thanh bằng cách gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí.

- Quý vị có thể đưa ra yêu cầu dài hạn để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác tiếng Anh hoặc bằng định dạng thay thế bây giờ và trong tương lai. Để đưa ra yêu cầu, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan. Họ sẽ lưu hồ sơ ngôn ngữ và định dạng ưa dùng của quý vị để đưa ra các đề xuất trong tương lai. Để thực hiện bất kỳ cập nhật nào về lựa chọn của quý vị, vui lòng liên hệ với Blue Shield TotalDual Plan.

Các ngôn ngữ khác

Quý vị có thể nhận *Cẩm Nang Hội Viên* và các tài liệu chương trình khác bằng những ngôn ngữ khác miễn phí. Blue Shield TotalDual Plan cung cấp bản dịch bằng văn bản từ các biên dịch viên có trình độ. Gọi



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

1-800-452-4413 (TTY: 711). Cuộc gọi này miễn phí. Tham khảo *Cẩm Nang Hội Viên* của quý vị để tìm hiểu thêm về các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ chăm sóc sức khỏe, chẳng hạn như các dịch vụ thông dịch và biên dịch.

Các định dạng khác

Quý vị có thể nhận miễn phí thông tin này ở các định dạng khác, chẳng hạn như chữ nổi Braille, bản in cỡ chữ lớn 20, dạng âm thanh và các định dạng điện tử có thể truy cập được. Gọi 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cuộc gọi này miễn phí.

Dịch vụ thông dịch

Blue Shield TotalDual Plan cung cấp dịch vụ thông dịch bằng lời nói, bao gồm ngôn ngữ ký hiệu, từ một thông dịch viên có trình độ, 24 giờ mỗi ngày và miễn phí. Quý vị không cần nhờ một thành viên gia đình hoặc bạn bè làm thông dịch viên. Chúng tôi không khuyến khích nhờ trẻ vị thành niên làm thông dịch viên, trừ khi đó là trường hợp cấp cứu. Các dịch vụ thông dịch, ngôn ngữ và văn hóa được cung cấp miễn phí. Trung tâm trợ giúp làm việc 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Để được trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị hoặc để nhận *Cẩm Nang Hội Viên* này bằng một ngôn ngữ khác, hãy gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cuộc gọi này miễn phí.



LƯU Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng cung cấp hỗ trợ và dịch vụ cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và bản in cỡ chữ lớn. Gọi 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này được cung cấp miễn phí.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

LANGUAGE ASSISTANCE NOTICE

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic) يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian) ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian) ចំណាំ៖

បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសាបស្ចឹម អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រើល សំរាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។



简体中文标语 (Chinese) 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电1-800-452-4413 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电1-800-452-4413 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi) توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

हिन्दी टैगलाइन (Hindi) ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

Nge Lus Hmoob Cob (Hmong) CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese) 注意日本語での対応が必要な場合は1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供していますへお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean) 유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian) ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mienh Tagline (Mien) LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se
mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx
1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih
gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc
cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711)। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en Español (Spanish) ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Tagalog Tagline PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai) โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian) УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Tuyên bố miễn trừ trách nhiệm

- ❖ Quyền lợi, lệ phí bảo hiểm, tiền khấu trừ và/hoặc tiền đồng trả/tiền đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2026.
- ❖ Danh mục thuốc, hệ thống nhà thuốc và/hoặc hệ thống nhà cung cấp dịch vụ có thể thay đổi bất cứ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo khi cần. Chúng tôi sẽ thông báo cho những người tham gia bị ảnh hưởng về những thay đổi trước ít nhất 30 ngày.
- ❖ Trách nhiệm của chương trình chúng tôi là điều phối các quyền lợi Medi-Cal (Medicaid) cho quý vị.
- ❖ Blue Shield of California 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 tham gia Blue Shield of California phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.
- ❖ Bảo hiểm theo Blue Shield TotalDual Plan là bảo hiểm sức khỏe đủ tiêu chuẩn được gọi là “bảo hiểm thiết yếu tối thiểu.” Bảo hiểm này đáp ứng được yêu cầu chia sẻ trách nhiệm cá nhân của Đạo luật Bảo vệ Bệnh nhân và Chăm sóc Sức khỏe Giá cả Phải chăng (ACA). Truy cập trang web của Sở Thuế Vụ (IRS) tại www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families để biết thêm thông tin về yêu cầu chia sẻ trách nhiệm cá nhân.
- ❖ Medicare đã chấp thuận để Blue Shield TotalDual Plan cung cấp các quyền lợi này và khoản đồng trả thấp hơn trong khuôn khổ của chương trình Thiết kế bảo hiểm dựa trên giá trị. Chương trình này cho phép Medicare thử những cách mới để cải thiện các chương trình Medicare Advantage.
- ❖ Amazon Pharmacy độc lập với Blue Shield of California và ký hợp đồng với Blue Shield để cung cấp thuốc theo toa tại nhà cho hội viên Blue Shield.



Chương 1: Bắt đầu với vai trò là hội viên

Giới thiệu

Chương này bao gồm thông tin về Blue Shield TotalDual Plan, một chương trình bảo hiểm sức khỏe bao gồm tất cả các dịch vụ Medicare của quý vị và điều phối tất cả các dịch vụ Medicare và Medi-Cal và tư cách hội viên của quý vị trong đó. Chương này cũng cho quý vị biết những thông tin cần biết và những thông tin nào quý vị sẽ nhận được từ chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Cẩm Nang Hội Viên*.

Mục lục

A. Chào mừng quý vị đến với chương trình của chúng tôi.....	13
B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal.....	13
B1. Medicare	13
B2. Medi-Cal	13
C. Ưu điểm của chương trình chúng tôi	14
D. Khu vực phục vụ thuộc chương trình của chúng tôi	15
E. Làm thế nào để hội đủ điều kiện trở thành hội viên chương trình?	15
F. Những việc cần làm khi lần đầu tiên tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi	16
G. Nhóm chăm sóc và kế hoạch chăm sóc của quý vị	17
G1. Nhóm chăm sóc.....	17
G2. Kế hoạch chăm sóc.....	18
H. Chi phí hàng tháng của quý vị cho Blue Shield TotalDual Plan	18
H1. Lệ phí bảo hiểm.....	18
I. <i>Cẩm Nang Hội Viên</i> của quý vị	18
J. Thông tin quan trọng khác mà chúng tôi cung cấp cho quý vị	19

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



J1. Thẻ ID Hội viên của quý vị.....	19
J2. <i>Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc</i>	20
J3. <i>Danh sách thuốc được bảo hiểm</i>	21
J4. <i>Bản giải thích về quyền lợi</i>	21
K. Luôn cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị.....	22
K1. Quyền riêng tư của thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI).....	23



A. Chào mừng quý vị đến với chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi cung cấp các dịch vụ Medicare và Medi-Cal cho các cá nhân hội đủ điều kiện cho cả hai chương trình. Chương trình của chúng tôi bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi và các nhà cung cấp dịch vụ khác. Chúng tôi cũng có các điều phối viên chăm sóc và nhóm chăm sóc để giúp quý vị quản lý các nhà cung cấp dịch vụ và dịch vụ của mình. Tất cả đều làm việc với nhau nhằm cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare là chương trình bảo hiểm sức khỏe liên bang dành cho:

- những người từ 65 tuổi trở lên,
- một số người dưới 65 tuổi mắc một số tình trạng khuyết tật, **và**
- những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận).

B2. Medi-Cal

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

Mỗi tiểu bang quyết định:

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

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

Medicare và tiểu bang California đã chấp thuận chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể nhận các dịch vụ của Medicare và Medi-Cal thông qua chương trình của chúng tôi khi mà:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- chúng tôi chọn cung cấp chương trình, và
- Medicare và tiểu bang California cho phép chúng tôi tiếp tục cung cấp chương trình này.

Ngay cả khi trong tương lai chương trình của chúng tôi ngừng hoạt động, tính hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị sẽ không bị ảnh hưởng.

C. Ưu điểm của chương trình chúng tôi

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

Chúng tôi giúp kết hợp các quyền lợi Medicare và Medi-Cal tốt hơn cho quý vị. Một số ưu điểm bao gồm:

- Quý vị có thể phối hợp với chúng tôi để đáp ứng **hầu hết** các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của mình.
- Quý vị có một nhóm chăm sóc được quý vị giúp tập hợp với nhau. Nhóm chăm sóc của quý vị có thể bao gồm chính quý vị, người chăm sóc cho quý vị, bác sĩ, y tá, cố vấn hoặc các chuyên gia y tế khác.
- Quý vị có quyền làm việc với một điều phối viên chăm sóc. Đây là người làm việc với quý vị, với chương trình của chúng tôi và với nhóm chăm sóc của quý vị để giúp lập kế hoạch chăm sóc.
- Quý vị có thể quyết định việc chăm sóc cho chính mình với sự giúp đỡ của nhóm chăm sóc và điều phối viên chăm sóc của quý vị.
- Nhóm chăm sóc và điều phối viên chăm sóc của quý vị sẽ làm việc với quý vị để lập kế hoạch chăm sóc được thiết kế nhằm đáp ứng nhu cầu sức khỏe **của quý vị**. Nhóm chăm sóc sẽ giúp điều phối các dịch vụ quý vị cần. Ví dụ, nhóm chăm sóc của quý vị đảm bảo:
 - Các bác sĩ của quý vị biết về tất cả các loại thuốc quý vị dùng để họ có thể chắc chắn quý vị đang dùng các loại thuốc phù hợp và có thể làm giảm bất kỳ tác dụng phụ nào quý vị có thể gặp phải từ các loại thuốc này.
 - Các kết quả xét nghiệm của quý vị được chia sẻ với tất cả các bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ khác, nếu thích hợp.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Hội viên mới với chương trình Blue Shield TotalDual Plan: Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được đăng ký tham gia Blue Shield TotalDual Plan để nhận các quyền lợi Medicare của quý vị vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu đăng ký tham gia Blue Shield TotalDual Plan. Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal trước đây của mình thêm một tháng nữa. Sau đó, quý vị sẽ nhận được các dịch vụ Medi-Cal của mình thông qua chương trình Blue Shield TotalDual Plan. Sẽ không có giai đoạn không có bảo hiểm trong bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào.

D. Khu vực phục vụ thuộc chương trình của chúng tôi

Khu vực phục vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau ở tiểu bang California: Các quận Los Angeles và San Diego.

Chỉ những người sống trong khu vực phục vụ của chúng tôi mới có thể tham gia chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị di chuyển ra ngoài khu vực phục vụ, quý vị không thể ở lại trong chương trình của chúng tôi. Tham khảo **Chương 8** trong Cẩm Nang Hội Viên để biết thêm thông tin về ảnh hưởng của việc di chuyển ra khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi.

E. Làm thế nào để hội đủ điều kiện trở thành hội viên chương trình?

Quý vị đủ tiêu chuẩn tham gia chương trình của chúng tôi nếu quý vị:

- sống trong khu vực phục vụ của chúng tôi (những cá nhân bị giam giữ không được coi là sống trong khu vực phục vụ ngay cả khi họ thực sự sống trong đó), **và**
- từ 21 tuổi trở lên tại thời điểm đăng ký tham gia, **và**
- có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B, **và**
- là công dân Hoa Kỳ hoặc sinh sống hợp pháp tại Hoa Kỳ, **và**
- hiện hội đủ điều kiện tham gia Medi-Cal.

Nếu quý vị mất tính hội đủ điều kiện tham gia Medi-Cal nhưng dự kiến sẽ lấy lại được trong vòng sáu tháng thì quý vị vẫn đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi.

Gọi cho Dịch vụ Khách hàng để biết thêm thông tin.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



F. Những việc cần làm khi lần đầu tiên tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi

Khi tham gia chương trình của chúng tôi lần đầu tiên, quý vị sẽ nhận được đánh giá rủi ro sức khỏe (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. HRA này là cơ sở để xây dựng kế hoạch chăm sóc của quý vị. HRA bao gồm các câu hỏi để xác định nhu cầu y tế, sức khỏe hành vi và chức năng của quý vị.

Chúng tôi liên lạc với quý vị để hoàn thành HRA. Chúng tôi có thể hoàn thành HRA bằng cách đến gặp trực tiếp, gọi điện thoại hoặc gửi thư.

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

Nếu quý vị mới tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể tiếp tục sử dụng các bác sĩ hiện tại trong một khoảng thời gian nhất định, nếu họ không có trong hệ thống của chúng tôi. Chúng tôi gọi đây là sự chăm sóc liên tục. Nếu họ không có trong hệ thống của chúng tôi, quý vị có thể duy trì các nhà cung cấp dịch vụ hiện tại và sự chấp thuận dịch vụ tại thời điểm quý vị đăng ký tham gia trong tối đa 12 tháng nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Quý vị, người đại diện của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị yêu cầu chúng tôi cho phép quý vị tiếp tục sử dụng nhà cung cấp dịch vụ hiện tại của mình.
- Chúng tôi xác nhận rằng quý vị đã có mối quan hệ hiện tại với bác sĩ chăm sóc chính hoặc bác sĩ chuyên khoa, với một số trường hợp ngoại lệ. Khi chúng tôi nói “mối quan hệ hiện tại”, điều đó có nghĩa là quý vị đã đến khám với một nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống ít nhất một lần cho dịch vụ thăm khám không phải cấp cứu trong 12 tháng trước ngày quý vị ghi danh lần đầu vào chương trình của chúng tôi.
 - Chúng tôi xác định mối quan hệ hiện tại bằng cách xem xét thông tin sức khỏe hiện 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 cũng có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định nhanh hơn và chúng tôi phải trả lời trong vòng 15 ngày. Quý vị có thể đưa ra yêu cầu này bằng cách gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Nếu quý vị có nguy cơ bị tổn hại, chúng tôi phải phản hồi trong vòng 3 ngày.
 - Quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị phải xuất trình tài liệu về mối quan hệ hiện có và đồng ý với một số điều khoản nhất định khi quý vị đưa ra yêu cầu.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Lưu ý: Quý vị có thể gửi yêu cầu này đối với các nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền (DME) trong ít nhất 90 ngày cho đến khi chúng tôi chấp thuận một hợp đồng thuê mới và yêu cầu một nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống cho thuê thiết bị đó. Mặc dù quý vị không thể đưa ra yêu cầu này đối với các nhà cung cấp dịch vụ chuyên chở hoặc các nhà cung cấp dịch vụ phụ trợ khác, quý vị có thể đưa ra yêu cầu đối với các dịch vụ chuyên chở hoặc các dịch vụ phụ trợ khác không có trong chương trình của chúng tôi.

Sau khi thời gian chăm sóc liên tục kết thúc, quý vị sẽ cần sử dụng các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ khác trong hệ thống Blue Shield TotalDual Plan được liên kết với nhóm y tế của bác sĩ chăm sóc chính của quý vị, trừ khi chúng tôi có thỏa thuận với bác sĩ ngoài hệ thống của quý vị. Nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống là nhà cung cấp dịch vụ làm việc với chương trình bảo hiểm sức khỏe. Nhóm y tế hoặc hiệp hội bác sĩ độc lập (IPA) là một tổ chức được thành lập theo luật pháp California, ký hợp đồng với các chương trình bảo hiểm sức khỏe để cung cấp hoặc sắp xếp việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho những người đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe. Nhóm y tế hay IPA là hiệp hội gồm các bác sĩ chuyên khoa và bác sĩ chăm sóc chính được thành lập để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phối hợp cho quý vị. Tham khảo **Chương 3** trong *Cẩm Nang Hội Viên* của quý vị để biết thêm thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc.

G. Nhóm chăm sóc và kế hoạch chăm sóc của quý vị

G1. Nhóm chăm sóc

Nhóm chăm sóc có thể giúp quý vị tiếp tục nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Nhóm chăm sóc có thể bao gồm bác sĩ của quý vị, điều phối viên chăm sóc hoặc nhân viên y tế khác mà quý vị chọn.

Điều phối viên chăm sóc là người được đào tạo để giúp quý vị quản lý dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Quý vị sẽ có một điều phối viên chăm sóc khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi. Người này cũng giới thiệu quý vị đến các nguồn lực cộng đồng khác mà chương trình của chúng tôi có thể không cung cấp và sẽ làm việc với nhóm chăm sóc của quý vị để giúp điều phối dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Hãy gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ở cuối trang để biết thêm thông tin về điều phối viên chăm sóc và nhóm chăm sóc của quý vị.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

G2. Kế hoạch chăm sóc

Nhóm chăm sóc của quý vị làm việc với quý vị để lập kế hoạch chăm sóc. Kế hoạch chăm sóc sẽ cho quý vị và bác sĩ của quý vị biết những dịch vụ nào quý vị cần và cách nhận dịch vụ. Kế hoạch bao gồm các dịch vụ y tế, sức khỏe hành vi và LTSS hoặc các dịch vụ khác của quý vị.

Kế hoạch chăm sóc của quý vị bao gồm:

- mục tiêu chăm sóc sức khỏe của quý vị, và
- mốc thời gian nhận các dịch vụ quý vị cần.

Nhóm chăm sóc của quý vị sẽ gặp quý vị sau khi thực hiện HRA cho quý vị. Họ hỏi quý vị về những dịch vụ quý vị cần. Họ cũng cho quý vị biết về các dịch vụ mà quý vị có thể có suy nghĩ sẽ nhận. Kế hoạch chăm sóc của quý vị được tạo ra dựa trên nhu cầu và mục tiêu của quý vị. Nhóm chăm sóc của quý vị sẽ làm việc với quý vị để cập nhật kế hoạch chăm sóc của quý vị ít nhất hàng năm.

H. Chi phí hàng tháng của quý vị cho Blue Shield TotalDual Plan

Chi phí của quý vị có thể bao gồm những mục sau:

- Lệ phí bảo hiểm (**Phần H1**)

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

H1. Lệ phí bảo hiểm

Với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị phải trả lệ phí bảo hiểm hàng tháng. Năm 2025, lệ phí bảo hiểm hàng tháng cho Blue Shield TotalDual Plan là \$28,30. Tuy nhiên, quý vị trả \$0 mỗi tháng khi quý vị có Trợ cấp cho người có thu nhập thấp Phần D, còn được gọi là “Trợ giúp bổ sung” và bảo hiểm Medi-Cal đầy đủ.

I. Cẩm Nang Hội Viên của quý vị

Cẩm Nang Hội Viên của quý vị là một phần trong hợp đồng của chúng tôi với quý vị. Điều này có nghĩa là chúng tôi phải tuân theo tất cả quy tắc trong tài liệu này. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã làm điều gì đó đi ngược lại các quy tắc này, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Để biết thông tin về kháng cáo, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* của quý vị hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Quý vị có thể yêu cầu nhận *Cẩm Nang Hội Viên* bằng cách gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo các số điện thoại ở cuối trang. Quý vị cũng có thể tham khảo *Cẩm Nang Hội Viên* trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ web ở cuối trang.

Hợp đồng có hiệu lực trong các tháng quý vị tham gia chương trình của chúng tôi từ ngày 1 tháng 1 năm 2025 đến ngày 31 tháng 12 năm 2025.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



J. Thông tin quan trọng khác mà chúng tôi cung cấp cho quý vị

Thông tin quan trọng khác mà chúng tôi cung cấp cho quý vị bao gồm Thẻ ID hội viên của quý vị, thông tin về cách truy cập *Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc* và thông tin về cách truy cập *Danh sách thuốc được bảo hiểm*, còn được gọi là *Danh mục thuốc*.

J1. Thẻ ID Hội viên của quý vị

Theo chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ có một thẻ cho các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị, bao gồm cả các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS), một số dịch vụ sức khỏe hành vi và toa thuốc. Quý vị phải trình thẻ này khi nhận bất kỳ dịch vụ hoặc toa thuốc nào. Đây là mẫu thẻ ID hội viên:

 Member Name: NAME Member ID: XEE Care Coordinator Phone: (999) 999-9999 PCP: Good, Doctor J. PCP Ph: (999) 999-9999 MED GROUP	 RxBIN: 026696 RxPCN: 77993322 MEMBER CANNOT BE CHARGED PCP/SPC/ER \$0/\$0/\$0 H2819-001	 Customer Service Pharmacy Help Desk Transportation NurseHelp 24/7 Send Medical Claims To: Send Rx Claims To: In an emergency, call 911 or go to the nearest ER. Providers: Please file all claims with your local BCBS licensee in whose service areas the member received services. Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.	blueshieldca.com/medicare (800) 452-4413 (TTY: 711) (888) 970-0933 (855) 200-7544 (877) 304-0504 Blue Shield of California P.O. Box 272640, Chico, CA 95927-2640 Claims Processing 1606 Ave. Ponce De Leon San Juan, PR 00909-4830
--	---	--	--

Nếu Thẻ ID hội viên của quý vị bị hư hỏng, bị mất hoặc bị đánh cắp, hãy gọi ngay cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số điện thoại ở cuối trang. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới.

Khi quý vị là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị không cần sử dụng thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương hay thẻ Medi-Cal của quý vị để nhận hầu hết các dịch vụ. Hãy giữ những thẻ này ở nơi an toàn phòng trường hợp quý vị cần đến sau này. Nếu quý vị xuất trình thẻ Medicare thay vì Thẻ ID hội viên của mình, nhà cung cấp dịch vụ có thể gửi hóa đơn cho Medicare thay vì cho chương trình của chúng tôi và quý vị có thể nhận được hóa đơn. Tham khảo **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên* để biết phải làm gì nếu quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp dịch vụ.

Hãy nhớ rằng, quý vị cần có thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ xác định quyền lợi (BIC) để nhận các dịch vụ sau:

- Toa thuốc chỉ được bảo hiểm thông qua Medi-Cal Rx
- Dịch vụ nha khoa chỉ được bảo hiểm thông qua Chương trình Nha khoa Medi-Cal
- Dịch vụ trợ giúp tại nhà (IHSS)
- Chương trình dịch vụ đa mục đích cho người cao tuổi (MSSP)

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



J2. Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc

Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc liệt kê các nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc trong hệ thống thuộc chương trình của chúng tôi. Khi quý vị là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống để nhận các dịch vụ được bảo hiểm.

Quý vị có thể yêu cầu nhận *Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc* (qua phương tiện điện tử hoặc ở dạng bản cứng) bằng cách gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số điện thoại ở cuối trang. Yêu cầu bản cứng *Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc* sẽ được gửi đến quý vị qua đường bưu điện trong vòng ba ngày làm việc.

Quý vị cũng có thể tham khảo *Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc* tại địa chỉ web ở cuối trang.

Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc liệt kê các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (chẳng hạn như bác sĩ, y tá và nhà tâm lý học), các cơ sở (như bệnh viện hoặc phòng khám) và nhà cung cấp dịch vụ hỗ trợ (như nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban ngày cho người lớn và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà) mà quý vị có thể đến khám với tư cách là hội viên của Blue Shield TotalDual Plan. Danh mục này liệt kê các nhà thuốc mà quý vị có thể sử dụng để mua thuốc theo toa. Danh mục này cũng cung cấp một số thông tin sau:

- Khi nào cần giới thiệu đến các nhà cung cấp dịch vụ, 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 các Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS), Dịch vụ trợ giúp tại nhà (IHSS) hoặc Chương trình dịch vụ đa mục đích cho người cao tuổi (MSSP), và
- Thông tin về cách tiếp cận dịch vụ giao hàng tại nhà, truyền dịch tại nhà hoặc nhà thuốc chăm sóc dài hạn.

Định nghĩa nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống

- Các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống của chúng tôi bao gồm:
 - các bác sĩ, y tá và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác quý vị có thể đến khám khi là hội viên trong chương trình của chúng tôi;
 - các phòng khám, bệnh viện, cơ sở điều dưỡng và những địa điểm khác cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong chương trình của chúng tôi; và

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- LTSS, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, cơ sở chăm sóc sức khỏe tại nhà, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền (DME) và những cơ sở khác cung cấp hàng hóa và dịch vụ mà quý vị nhận được thông qua Medicare hoặc Medi-Cal.

Các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống đồng ý chấp nhận khoản thanh toán từ chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ được bảo hiểm dưới dạng khoản thanh toán đầy đủ.

Định nghĩa nhà thuốc trong hệ thống

- Các nhà thuốc trong hệ thống là các nhà thuốc đã đồng ý cấp thuốc theo toa thuốc cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Hãy sử dụng *Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc* để tìm kiếm nhà thuốc trong hệ thống mà quý vị muốn sử dụng.
- Ngoại trừ trong trường hợp cấp cứu, quý vị phải mua thuốc theo toa tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi nếu quý vị muốn chương trình của chúng tôi giúp thanh toán tiền thuốc cho quý vị.

Hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo các số điện thoại ở cuối trang để biết thêm thông tin. Cả bộ phận Dịch vụ Khách hàng và trang web của chúng tôi đều có thể cung cấp cho quý vị thông tin cập nhật mới nhất về những thay đổi liên quan đến các nhà thuốc và nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống 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 quý vị biết những loại thuốc theo toa mà chương trình của chúng tôi bảo hiểm.

Danh sách thuốc cũng cho quý vị biết có bất kỳ quy tắc hoặc hạn chế nào đối với bất kỳ loại thuốc nào, chẳng hạn như giới hạn về số tiền quý vị có thể nhận được. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

Mỗi năm chúng tôi gửi cho quý vị thông tin về cách truy cập *Danh sách thuốc*, nhưng một số thay đổi có thể xảy ra trong năm. Để có được thông tin cập nhật mới nhất về những loại thuốc được bảo hiểm, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ ở cuối trang.

J4. Bản giải thích về quyền lợi

Khi quý vị sử dụng các quyền lợi thuốc theo toa Medicare Phần D của mình, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản tóm tắt để giúp quý vị hiểu và theo dõi các khoản thanh toán dành cho thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị. Bản tóm tắt này được gọi là *Bản giải thích quyền lợi* (EOB).



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

EOB cho quý vị biết tổng số tiền quý vị, hoặc những người khác thay mặt quý vị, đã trả cho thuốc theo toa Medicare Phần D và tổng số tiền chúng tôi đã trả cho mỗi loại thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị trong tháng. EOB này không phải là hóa đơn. EOB có thêm thông tin về các loại thuốc quý vị dùng. **Chương 6** trong *Cẩm Nang Hội Viên* cung cấp thêm thông tin về EOB và cách EOB có thể giúp quý vị theo dõi bảo hiểm thuốc của mình.

Quý vị cũng có thể yêu cầu một bản EOB. Để có được một bản sao, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo các số điện thoại ở cuối trang.

K. Luôn cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị

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

Chúng tôi cần thông tin này để đảm bảo rằng chúng tôi có thông tin chính xác của quý vị trong hồ sơ của chúng tôi. Các nhà thuốc và nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống 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 nhận được các dịch vụ và loại thuốc nào cũng như quý vị sẽ trả bao nhiêu tiền cho các dịch vụ và loại thuốc đó.**

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

- thay đổi tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị;
- thay đổi về bất kỳ bảo hiểm sức khỏe nào khác, chẳng hạn như từ hãng sở của quý vị, hãng sở của vợ/chồng hay người bạn đời sống chung của quý vị hoặc từ bảo hiểm bồi thường cho người lao động;
- bất kỳ yêu cầu xin bồi hoàn trách nhiệm nào, chẳng hạn như yêu cầu xin bồi hoàn từ tai nạn ô tô;
- nhập viện vào cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện;
- nhận dịch vụ chăm sóc từ bệnh viện hoặc phòng cấp cứu;
- thay đổi về người chăm sóc (hoặc bất kỳ ai chịu trách nhiệm cho quý vị); và
- nếu quý vị tham gia vào một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng. (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải cho chúng tôi biết về công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng mà quý vị đang tham gia hoặc sẽ tham gia, nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị cho chúng tôi biết.)

Nếu có bất kỳ thông tin nào thay đổi, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo các số điện thoại ở cuối trang.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



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

Thông tin trong hồ sơ hội viên của quý vị có thể bao gồm thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI). Luật liên bang và tiểu bang yêu cầu chúng tôi giữ quyền riêng tư cho thông tin PHI của quý vị. Chúng tôi bảo vệ thông tin PHI của quý vị. Để biết thêm chi tiết về cách chúng tôi bảo vệ thông tin PHI của quý vị, hãy tham khảo **Chương 8** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.



Chương 2: Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

Giới thiệu

Chương này cung cấp cho quý vị thông tin liên hệ đến các nguồn lực quan trọng có thể giúp quý vị trả lời các câu hỏi về chương trình của chúng tôi và các quyền lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị cũng có thể sử dụng chương này để biết thông tin về cách liên hệ với điều phối viên chăm sóc của quý vị và những người khác để bảo vệ quyền lợi cho quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Cẩm Nang Hội Viên*.

Mục lục

A. Dịch vụ Khách hàng	26
B. Điều phối viên chăm sóc của quý vị	29
C. Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn về Bảo hiểm Sức khỏe (HICAP)	31
D. Đường Dây Tư Vấn Y Tá	32
E. Đường Dây Xử Lý Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi	33
F. Tổ chức Nâng cao Chất lượng (QIO):	34
G. Medicare	35
H. Medi-Cal	36
I. Văn phòng Thanh tra và Bảo vệ Quyền lợi Hội viên về Sức khỏe Tâm thần và Quản lý Chăm sóc Medi-Cal	37
J. Dịch vụ xã hội quận	38
K. Cơ quan Dịch vụ Sức khỏe Hành vi Quận	40
L. Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe California	41
M. Các chương trình giúp mọi người chi trả thuốc theo toạ	42
M1. Trợ giúp bổ sung	42
M2. Chương trình hỗ trợ thuốc điều trị Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (ADAP)	42
N. Sở An sinh Xã hội	43

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



O. Hội đồng Hưu trí Đường sắt (RRB).....	44
P. Các nguồn hỗ trợ khác.....	45
Q. Chương trình nha khoa Medi-Cal.....	46



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare).

A. Dịch vụ Khách hàng

ĐIỆN THOẠI	1-800-452-4413. Cuộc gọi này miễn phí 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này miễn phí Số này dành cho người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện. 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần
VIẾT THƯ	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
TRANG WEB	blueshieldca.com/medicare

Liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng để được trợ giúp về:

- Thắc mắc về chương trình
- Thắc mắc về xin bồi hoàn hoặc hóa đơn
- Quyết định bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
 - Quyết định bảo hiểm cho dịch vụ 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 chi trả cho các dịch vụ y tế của quý vị.
 - Hãy gọi cho chúng tôi nếu quý vị có thắc mắc về quyết định bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.
 - Để tìm hiểu thêm về các quyết định bảo hiểm, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.
- Kháng cáo về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

- Kháng cáo là một cách chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét quyết định chúng tôi đã đưa ra về bảo hiểm của quý vị và yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định đó nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã làm sai hoặc không đồng ý với quyết định đó.
- Để tìm hiểu thêm về cách kháng cáo, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* hoặc liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng.
- Khiếu nại về dịch vụ 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 (bao gồm cả nhà cung cấp dịch vụ trong hoặc ngoài hệ thống). Nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống là nhà cung cấp dịch vụ làm việc với chương trình của chúng tôi. Quý vị cũng có thể khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc đã nhận được với chúng tôi hoặc với Tổ chức Nâng cao Chất lượng (QIO) (xem **Phần F**).
 - Quý vị có thể gọi cho chúng tôi và giải thích khiếu nại của mình theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711).
 - Nếu quý vị khiếu nại về quyết định bảo hiểm đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị, thì quý vị có thể đưa ra kháng cáo (xem phần ở trên).
 - Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về chương trình của chúng tôi đến Medicare. Quý vị có thể sử dụng mẫu đơn trực tuyến tại www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Hoặc quý vị có thể gọi đến 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu hỗ trợ.
 - Quý vị có thể khiếu nại về chương trình của chúng tôi với Chương Trình Thanh Tra và Bảo Vệ Quyền Lợi Hội Viên Medicare Medi-Cal bằng cách gọi cho số 1-855-501-3077.
 - Để tìm hiểu thêm cách khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.
- Quyết định bảo hiểm về thuốc cho quý vị
 - Quyết định bảo hiểm về thuốc cho quý vị là quyết định về:
 - quyền lợi và các loại thuốc được bảo hiểm của quý vị **hoặc**
 - số tiền chúng tôi chi trả cho thuốc của quý vị.



- Các loại thuốc được bảo hiểm không thuộc Medicare, chẳng hạn như một số loại thuốc mua không cần toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx bảo hiểm. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho Trung tâm Dịch vụ Khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273.
- Để biết thêm về các quyết định bảo hiểm đối với thuốc theo toa của quý vị, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.
- Kháng cáo về các loại thuốc của quý vị
 - Kháng cáo là cách yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm.
 - Để biết thêm cách kháng cáo về thuốc theo toa của quý vị, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.
- Khiếu nại về các loại thuốc của quý vị
 - Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hay bất kỳ nhà thuốc nào. Trong đó bao gồm khiếu nại về các loại thuốc theo toa của quý vị.
 - Nếu quý vị khiếu nại về quyết định bảo hiểm đối với thuốc theo toa cho quý vị, thì quý vị có thể đưa ra kháng cáo. (Tham khảo phần trên.)
 - Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về chương trình của chúng tôi đến Medicare. Quý vị có thể sử dụng mẫu đơn trực tuyến tại www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Hoặc quý vị có thể gọi đến 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu hỗ trợ.
 - Để biết thêm cách khiếu nại về thuốc theo toa của quý vị, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.
- Thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc các loại thuốc quý vị đã trả tiền
 - Để biết thêm về cách yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán cho hóa đơn quý vị đã nhận được, hãy tham khảo **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.
 - Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho hóa đơn và chúng tôi từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu đó, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Hãy tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* của quý vị.



B. Điều phối viên chăm sóc của quý vị

Điều phối viên chăm sóc là người được đào tạo đặc biệt để hỗ trợ quý vị thông qua việc điều phối dịch vụ chăm sóc. Điều phối viên chăm sóc của quý vị sẽ là một phần của Nhóm chăm sóc của quý vị và người đó sẽ là người liên hệ chính cho quý vị. Sau khi đăng ký tham gia, Điều phối viên chăm sóc sẽ gọi cho quý vị để hoàn thành Đánh giá Rủi ro Sức khỏe và Kế hoạch Chăm sóc Cá nhân của quý vị. Đây là những công cụ mà Điều phối viên chăm sóc của quý vị sẽ sử dụng để giúp xác định và điều chỉnh các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị cho phù hợp với cá nhân quý vị. Quý vị có thể liên hệ với Điều phối viên chăm sóc của mình bằng cách gọi đến số điện thoại bên dưới.

DIỆN THOẠI	1-888-548-5765. Cuộc gọi này miễn phí 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều, từ thứ Hai đến thứ Sáu Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này miễn phí Số này dành cho người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện. 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều, từ thứ Hai đến thứ Sáu
VIẾT THƯ	Blue Shield of California ATTN: DSNP Health Risk Assessment Team 3840 Kilroy Airport Way Long Beach, CA 90806

Liên hệ với điều phối viên chăm sóc của quý vị để được trợ giúp khi có:

- thắc mắc về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
- thắc mắc về việc nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi (rối loạn sức khỏe tâm thần và rối loạn sử dụng chất kích thích)
- thắc mắc về quyền lợi nha khoa
- thắc mắc về dịch vụ chuyên chở đến các cuộc hẹn y tế
- thắc mắc về các Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS), bao gồm Dịch vụ dành cho người lớn tại cộng đồng (CBAS) và Cơ sở điều dưỡng (NF)

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Quý vị có thể nhận được những dịch vụ sau đây:

- Dịch vụ dành cho người lớn tại cộng đồng (CBAS)
- chăm sóc điều dưỡng chuyên môn
- vật lý trị liệu
- trị liệu về chức năng hoạt động
- trị liệu âm ngữ
- dịch vụ y tế xã hội
- chăm sóc sức khỏe tại nhà
- Dịch vụ trợ giúp tại nhà (IHSS) thông qua cơ quan dịch vụ xã hội tại quận của quý vị
- đôi khi quý vị có thể được giúp đỡ về dịch vụ chăm sóc sức khỏe và nhu cầu sinh hoạt hàng ngày của quý vị.

Tùy thuộc vào quận nơi quý vị sinh sống và khả năng hội đủ điều kiện của mình, quý vị cũng có thể nhận được Hỗ trợ cộng đồng bổ sung thông qua Blue Shield TotalDual Plan. Nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có thể giới thiệu quý vị nếu họ cho rằng quý vị đủ điều kiện nhận Hỗ trợ cộng đồng hoặc quý vị có thể liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng hoặc Điều phối viên chăm sóc của quý vị để tìm hiểu thêm. Quý vị có thể nhận được những dịch vụ sau đây:

- Thay đổi thích ứng về khả năng tiếp cận của môi trường sống (sửa đổi nhà ở)
- Dịch vụ tìm cách chuyển đổi nhà ở
- Đặt cọc nhà ở
- Thuê nhà ở và dịch vụ duy trì
- Các bữa ăn hỗ trợ hoặc các bữa ăn được điều chỉnh riêng theo yêu cầu y tế
- Dịch vụ chăm sóc cá nhân và nội trợ
- Chăm sóc giúp phục hồi (thay thế tạm thời về y tế)
- Thay thế tạm thời cho người chăm sóc
- Nhà ở ngắn hạn sau khi nằm viện, hoặc
- Trung tâm giúp làm tỉnh rệu

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



C. Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn về Bảo hiểm Sức khỏe (HICAP)

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Sức khỏe Tiểu bang (SHIP) cung cấp tư vấn miễn phí về bảo hiểm sức khỏe cho những người có Medicare. Tại California, SHIP được gọi là Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn về Bảo hiểm Sức khỏe (HICAP). Các cố vấn của HICAP có thể trả lời thắc mắc của quý vị và giúp quý vị hiểu việc cần làm để giải quyết vấn đề của quý vị. HICAP có các cố vấn đã được đào tạo ở mỗi quận và dịch vụ này miễn phí.

HICAP không liên kết với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào.

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

Liên hệ HICAP để được trợ giúp về:

- thắc mắc về Medicare
- Các cố vấn của HICAP có thể giải đáp các thắc mắc về việc đổi sang chương trình mới và giúp quý vị:
 - hiểu các quyền của quý vị,
 - hiểu những lựa chọn trong chương trình của quý vị,
 - khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc điều trị của quý vị, và
 - giải quyết các vấn đề về hóa đơn.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



D. Đường Dây Tư Vấn Y Tá

Đường Dây Tư Vấn Y Tá của Blue Shield of California cung cấp hỗ trợ từ các y tá chuyên nghiệp sẵn sàng trả lời các câu hỏi 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Các y tá sẵn sàng hỗ trợ qua điện thoại để giải đáp các câu hỏi về sức khỏe tổng quát và cung cấp chỉ dẫn đến các nguồn lực bổ sung để biết thêm thông tin. Với Đường Dây Tư Vấn Y Tá, các hội viên có thể yêu cầu gửi bản tóm tắt cuộc hội thoại qua email đến cho hội viên bao gồm tất cả thông tin và liên kết để dễ dàng tham khảo. Quý vị có thể liên hệ với Đường Dây Tư Vấn Y Tá với các câu hỏi về sức khỏe hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

ĐIỆN THOẠI	(877) 304-0504. Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này miễn phí. Số này dành cho người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



E. Đường Dây Xử Lý Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi

ĐIỆN THOẠI	Đường Dây Xử Lý Khủng Hoảng và Tiếp Cận Quận Los Angeles 1-800-854-7771. Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho người không nói tiếng Anh. Đường Dây Xử Lý Khủng Hoảng và Tiếp Cận Quận San Diego 1-888-724-7240. Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này miễn phí. Số này dành cho người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần

Liên lạc với Đường Dây Xử Lý Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi để được trợ giúp khi có:

- thắc mắc về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi và điều trị lạm dụng chất kích thích

Nếu có thắc mắc về các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa của quận, hãy tham khảo **Phần K**.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

F. Tổ chức Nâng cao Chất lượng (QIO):

Tiểu bang của chúng tôi có một tổ chức có tên là Livanta. Đây là một nhóm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác lập ra để giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Livanta không có mối liên kết với chương trình của chúng tôi.

ĐIỆN THOẠI	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 chiều vào các ngày lễ.
TTY	1-855-887-6668 Số này dành cho người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện.
VIẾT THƯ	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
TRANG WEB	https://livantaqio.com/en/states/california

Hãy liên hệ với Livanta để được trợ giúp khi có:

- thắc mắc về các quyền chăm sóc sức khỏe của quý vị
- khiếu nại về dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được nếu quý vị:
 - gặp vấn đề về chất lượng chăm sóc,
 - cho rằng thời gian nằm viện của quý vị kết thúc quá sớm, **hoặc**
 - cho rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ tại cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF) kết thúc quá sớm.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



G. Medicare

Medicare là chương trình bảo hiểm sức khỏe của liên bang dành cho người từ 65 tuổi trở lên, một số người khuyết tật dưới 65 tuổi và người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận vĩnh viễn cần thẩm tách máu hoặc cấy ghép thận).

Cơ quan liên bang phụ trách về Medicare là các Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid, hay còn gọi là CMS.

ĐIỆN THOẠI	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.
TTY	1-877-486-2048. Cuộc gọi này miễn phí Số này dành cho người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện.
TRANG WEB	www.medicare.gov Đây là trang web chính thức của Medicare. Trang web này cung cấp cho quý vị những thông tin cập nhật về Medicare. Trang web cũng cung cấp thông tin về bệnh viện, cơ sở điều dưỡng, bác sĩ, cơ sở chăm sóc sức khỏe tại nhà, cơ sở thẩm tách máu, cơ sở phục hồi chức năng nội trú và cơ sở chăm sóc cuối đời. Trang web này có thông tin về các trang web và số điện thoại hữu ích. Trang web cũng có các tài liệu quý vị có thể in ngay từ máy tính của mình. Nếu quý vị không có máy tính, thư viện hoặc trung tâm người cao tuổi ở địa phương của quý vị có thể giúp quý vị truy cập vào trang web này qua máy tính của họ. Hoặc, quý vị có thể gọi cho Medicare theo số bên trên và cho họ biết quý vị đang tìm kiếm thông tin gì. Họ sẽ tìm thông tin trên trang web đó và cùng quý vị xem xét thông tin.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



H. Medi-Cal

Medi-Cal là chương trình Medicaid của California. Đây là một chương trình bảo hiểm sức khỏe công cộng cung cấp những dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết cho những người có thu nhập thấp, bao gồm các gia đình có trẻ em, người cao tuổi, người khuyết tật, trẻ em và thanh thiếu niên được chăm sóc nuôi dưỡng tạm thời và phụ nữ mang thai. Medi-Cal được tài trợ bởi quỹ của chính quyền tiểu bang và liên bang.

Quyền lợi Medi-Cal bao gồm y tế, nha khoa, sức khỏe hành vi cũng như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

Quý vị đã đăng ký tham gia Medicare và Medi-Cal. Nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi Medi-Cal của mình, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc thuộc chương trình của quý vị. Nếu quý vị có thắc mắc về việc tham gia chương trình Medi-Cal, hãy gọi cho Health Care Options.

DIỆN THOẠI	1-800-430-4263 Thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều
TTY	1-800-430-7077 Số này dành cho người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện.
VIẾT THƯ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
TRANG WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



I. Văn phòng Thanh tra và Bảo vệ Quyền lợi Hội viên về Sức khỏe Tâm thần và Quản lý Chăm sóc Medi-Cal

Văn phòng Thanh tra và Bảo vệ Quyền lợi Hội viên bảo vệ quyền lợi thay mặt cho quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu phải làm gì. Văn phòng Thanh tra và Bảo vệ Quyền lợi Hội viên cũng giúp quý vị giải quyết các vấn đề về dịch vụ hoặc hóa đơn. Họ không có mối quan hệ với chương trình của chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. Dịch vụ của họ miễn phí.

ĐIỆN THOẠI	1-888-452-8609 Cuộc gọi này miễn phí Thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
TTY	711 Cuộc gọi này miễn phí
VIẾT THƯ	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
EMAIL	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
TRANG WEB	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOmbudsman.aspx

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



J. Dịch vụ xã hội quận

Nếu quý vị cần trợ giúp về Dịch vụ trợ giúp tại nhà (IHSS), cập nhật thông tin Medi-Cal của quý vị hoặc các quyền lợi gia hạn và hội đủ điều kiện Medi-Cal, hãy liên hệ với cơ quan Dịch vụ Xã hội của Quận Los Angeles hoặc San Diego tại địa phương của quý vị.

Hãy liên hệ với cơ quan dịch vụ xã hội tại quận của quý vị để đăng ký Dịch vụ trợ giúp tại nhà, dịch vụ này sẽ giúp thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp cho quý vị để quý vị có thể tiếp tục sống an toàn trong chính ngôi nhà của mình. Các loại dịch vụ có thể bao gồm trợ giúp chuẩn bị các bữa ăn, tắm rửa, mặc quần áo, mua đồ giặt hoặc chuyên chở.

Hãy liên hệ với cơ quan dịch vụ xã hội tại quận của quý vị nếu có bất kỳ câu hỏi nào về khả năng hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal của quý vị.

DIỆN THOẠI	1-866-613-3777. Cuộc gọi này miễn phí. Ban Dịch vụ Xã hội Công cộng Quận Los Angeles có một Trung tâm Dịch vụ Khách hàng (CSC) duy nhất cung cấp dịch vụ cho 33 Văn phòng Quận. Giờ làm việc của chúng tôi từ thứ Hai đến thứ Sáu, ngoại trừ ngày lễ, từ 7:30 sáng đến 6:30 chiều.
TTY	1-877-735-2929 Số này dành cho người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện.
VIẾT THƯ	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
TRANG WEB	https://dpss.lacounty.gov

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

ĐIỆN THOẠI	1-866-262-9881. Cuộc gọi này miễn phí. Nhân viên đại diện của Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Quận San Diego luôn sẵn sàng hỗ trợ từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu. Đường dây tự phục vụ về khả năng tiếp cận hoạt động 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người gọi sẽ cần nhập số An sinh xã hội (SSN) của mình để sử dụng hệ thống.
TTY	1-619-589-4459 Số này dành cho người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện.
VIẾT THƯ	County of San Diego Health and Human Services Agency P.O. Box 85027 San Diego, CA 92186
TRANG WEB	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

K. Cơ quan Dịch vụ Sức khỏe Hành vi Quận

Dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa và dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất kích thích của Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua quận nếu quý vị đáp ứng tiêu chí tiếp cận.

ĐIỆN THOẠI	Quận Los Angeles 1-800-854-7771. Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho người không nói tiếng Anh. Quận San Diego 1-888-724-7240. Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711. Cuộc gọi này miễn phí. Số này dành cho người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.

Liên lạc với cơ quan Sức khỏe Hành vi của quận để được trợ giúp khi có:

- thắc mắc về dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa do quận cung cấp
- thắc mắc về các dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất kích thích do quận cung cấp
- các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở:
 - dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú
 - dịch vụ điều trị ban ngày
 - can thiệp và ổn định khủng hoảng
 - quản lý ca bệnh theo mục tiêu
 - dịch vụ điều trị tại nơi cư trú dành cho người lớn
 - dịch vụ điều trị tại nơi cư trú dành cho người bị khủng hoảng

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



L. Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe California

Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe (DMHC) California có trách nhiệm quy định và kiểm soát các chương trình bảo hiểm sức khỏe. Trung tâm Trợ giúp của DMHC có thể giúp quý vị kháng cáo và khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal.

ĐIỆN THOẠI	1-888-466-2219 Các nhân viên đại diện của DMHC sẵn sàng trợ giúp từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu.
TDD	1-877-688-9891 Số này dành cho người có vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện.
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 WEB	www.dmhc.ca.gov



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

M. Các chương trình giúp mọi người chi trả thuốc theo toa

Trang web Medicare.gov

(www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) cung cấp thông tin về cách giảm chi phí thuốc theo toa của quý vị. Đối với những người có thu nhập hạn chế, cũng có những chương trình hỗ trợ khác, như được mô tả dưới đây.

M1. Trợ giúp bổ sung

Vì quý vị hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal nên quý vị đủ điều kiện và đang nhận được “Trợ giúp bổ sung” từ Medicare để thanh toán chi phí của chương trình cho thuốc theo toa. Quý vị không cần phải làm bất cứ điều gì để nhận “Trợ giúp bổ sung” này.

ĐIỆN THOẠI	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.
TTY	1-877-486-2048. Cuộc gọi này miễn phí. Số này dành cho người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện.
TRANG WEB	www.medicare.gov

M2. Chương trình hỗ trợ thuốc điều trị Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (ADAP)

Chương trình hỗ trợ thuốc điều trị Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (ADAP) giúp các cá nhân nhiễm HIV/AIDS hội đủ điều kiện tham gia chương trình ADAP được nhận thuốc đặc trị HIV duy trì mạng sống. Thuốc theo toa Medicare Phần D cũng có trong danh mục thuốc của ADAP đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí thuốc theo toa thông qua California ADAP. Để biết thêm thông tin, hãy liên hệ với ADAP tại California theo số (844) 421-7050, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu hoặc truy cập trang web của họ tại:

https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx. Lưu ý: Để hội đủ điều kiện tham gia chương trình ADAP đang hoạt động tại tiểu bang, các cá nhân phải đáp ứng một số tiêu chí, kể cả giấy tờ chứng minh cư trú tại tiểu bang và tình trạng nhiễm HIV, thu nhập thấp theo định nghĩa của tiểu bang và tình trạng không có bảo hiểm/bảo hiểm không đủ. Nếu quý vị thay đổi chương trình, vui lòng thông báo cho nhân viên phụ trách đăng ký tham gia ADAP tại địa phương của quý vị để quý vị có thể tiếp tục nhận được hỗ trợ để biết thông tin về tiêu chí hội đủ điều kiện, thuốc được bảo hiểm hoặc cách đăng ký tham gia chương trình, vui lòng gọi cho California ADAP theo số (844) 421-7050, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu hoặc truy cập trang web của họ tại:

https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



N. Sở An sinh Xã hội

Sở An sinh Xã hội xác định tính hội đủ điều kiện và xử lý việc đăng ký tham gia cho Medicare. Công dân Hoa Kỳ và những người cư trú hợp pháp từ 65 tuổi trở lên hoặc bị khuyết tật hoặc mắc bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) và đáp ứng một số điều kiện nhất định sẽ hội đủ điều kiện nhận Medicare. Nếu quý vị đã nhận được chi phiếu An sinh xã hội, quý vị sẽ được tự động đăng ký tham gia Medicare. Nếu quý vị đang không nhận chi phiếu An sinh xã hội, quý vị phải đăng ký tham gia Medicare. Để nộp đơn đăng ký tham gia Medicare, quý vị có thể gọi cho Sở An sinh Xã hội hoặc đến văn phòng Sở An sinh Xã hội tại địa phương của quý vị.

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

DIỆN THOẠI	1-800-772-1213 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Làm việc từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Quý vị có thể dùng dịch vụ điện thoại tự động của họ để nghe thông tin ghi âm và thực hiện một số giao dịch 24 giờ mỗi ngày.
TTY	1-800-325-0778 Số này dành cho người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện.
TRANG WEB	www.ssa.gov

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



O. Hội đồng Hưu trí Đường sắt (RRB)

Hội đồng Hưu trí Đường sắt là một cơ quan Liên bang độc lập quản lý các chương trình quyền lợi toàn diện cho người lao động ngành đường sắt của quốc gia và gia đình họ. Nếu quý vị nhận Medicare qua RRB, điều quan trọng quý vị cần làm là báo cho hội đồng biết mỗi khi quý vị chuyển chỗ ở hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư. Nếu quý vị có thắc mắc liên quan đến các quyền lợi của mình từ RRB, hãy liên lạc với cơ quan này.

DIỆN THOẠI	1-877-772-5772 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Nếu quý vị nhấn “0”, quý vị có thể nói chuyện với nhân viên đại diện của RRB từ 9 giờ sáng đến 3:30 chiều, thứ Hai, thứ Ba, thứ Năm và thứ Sáu, và từ 9 giờ sáng đến 12 giờ trưa thứ Tư. Nếu quý vị nhấn “1”, quý vị có thể truy cập đường dây trợ giúp RRB tự động và thông tin ghi âm sẵn 24 giờ mỗi ngày, kể cả cuối tuần và ngày lễ.
TTY	1-312-751-4701 Số này dành cho người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện. Các cuộc gọi đến số này <i>không</i> miễn phí.
TRANG WEB	www.rrb.gov

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



P. Các nguồn hỗ trợ khác

Chương trình Thanh tra Bảo vệ Quyền lợi Hội viên Medi-Cal của Medicare cung cấp hỗ trợ MIỄN PHÍ để giúp những người đang gặp khó khăn trong việc nhận hoặc duy trì bảo hiểm sức khỏe và giải quyết các vấn đề với chương trình bảo hiểm sức khỏe của họ.

Nếu quý vị gặp vấn đề với:

- Medi-Cal
- Medicare
- chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị
- tiếp cận dịch vụ y tế
- kháng cáo việc từ chối các dịch vụ, thuốc, thiết bị y tế lâu bền (DME), dịch vụ sức khỏe tâm thần, v.v.
- hóa đơn y tế
- Dịch vụ trợ giúp tại nhà (IHSS)

Chương trình Thanh tra Bảo vệ Quyền lợi Hội viên Medi-Cal của Medicare hỗ trợ giải quyết khiếu nại, kháng cáo và điều trần. Số điện thoại của Chương trình Thanh tra Bảo Vệ Quyền Lợi Hội viên là 1-855-501-3077.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Q. Chương trình nha khoa Medi-Cal

Một số dịch vụ nha khoa được cung cấp thông qua Chương trình Nha khoa Medi-Cal; bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở các dịch vụ như:

- khám ban đầu, chụp X-quang, làm sạch và điều trị bằng florua
- phục hồi và mào răng
- liệu pháp chữa ống tủy chân răng
- răng giả một phần và toàn bộ, điều chỉnh, sửa chữa và gắn lại

Các quyền lợi nha khoa được cung cấp thông qua các Chương trình Trả lệ phí theo dịch vụ (FFS) Nha khoa Medi-Cal, Quản lý chăm sóc nha khoa (DMC).

DIỆN THOẠI	1-800-322-6384 Cuộc gọi này miễn phí. Đại diện của Chương trình FFS Nha khoa Medi-Cal sẵn sàng hỗ trợ quý vị từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, từ thứ Hai đến thứ Sáu.
TTY	1-800-735-2922 Số này dành cho người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi điện.
TRANG WEB	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Thay vì Chương trình Trả lệ phí theo dịch vụ nha khoa Medi-Cal, quý vị có thể nhận được các quyền lợi nha khoa thông qua chương trình quản lý chăm sóc nha khoa. Các chương trình quản lý chăm sóc nha khoa được cung cấp tại Quận Los Angeles. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về các chương trình nha khoa hoặc muốn thay đổi các chương trình nha khoa, hãy liên hệ với Health Care Options theo số 1-800-430-4263 (người dùng TTY gọi 1-800-430-7077), thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Cuộc gọi này miễn phí. Thông tin liên hệ DMC cũng có sẵn tại đây: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



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

Giới thiệu

Chương này có các điều khoản và quy tắc cụ thể mà quý vị cần biết để nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được bảo hiểm khác theo chương trình của chúng tôi. Chương này cũng cho quý vị biết về điều phối viên chăm sóc của quý vị, cách nhận dịch vụ chăm sóc từ các loại nhà cung cấp dịch vụ khác nhau và trong một số trường hợp đặc biệt nhất định (bao gồm từ nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà thuốc ngoài hệ thống), điều phải làm nếu quý vị được tính hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ mà chúng tôi bảo hiểm và các quy tắc sở hữu thiết bị y tế lâu bền (DME). Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Cẩm Nang Hội Viên*.

Mục lục

A. Thông tin về dịch vụ và nhà cung cấp dịch vụ	49
B. Quy tắc nhận dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bảo hiểm.....	49
C. Điều phối viên chăm sóc của quý vị.....	51
C1. Điều phối viên chăm sóc là gì.....	51
C2. Cách quý vị có thể liên hệ với điều phối viên chăm sóc của mình	52
C3. Cách quý vị có thể thay đổi điều phối viên chăm sóc của mình	52
D. Chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ.....	52
D1. Nhận dịch vụ chăm sóc từ bác sĩ chăm sóc chính (PCP)	52
D2. Dịch vụ chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp dịch vụ khác trong hệ thống.....	55
D3. Khi một nhà cung cấp dịch vụ rời khỏi chương trình của chúng tôi	56
D4. Nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống	58
E. Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS).....	58
F. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn sử dụng chất kích thích).....	59

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



F1. Các dịch vụ sức khỏe hành vi Medi-Cal được cung cấp ngoài chương trình của chúng tôi	60
G. Dịch vụ chuyên chở.....	62
G1. Dịch vụ chuyên chở y tế trong các trường hợp không cấp cứu	62
G2. Dịch vụ chuyên chở phi y tế	64
H. Các dịch vụ được bảo hiểm trong trường hợp cấp cứu y tế, khi cần khẩn cấp, hoặc trong một thảm họa	65
H1. Chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế	65
H2. Chăm sóc khẩn cấp cần thiết	67
H3. Chăm sóc khi xảy ra thảm họa	68
I. Phải làm gì nếu quý vị được lập hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bảo hiểm	68
I1. Phải làm gì nếu chương trình của chúng tôi không bảo hiểm cho các dịch vụ	69
J. Bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng	69
J1. Định nghĩa về một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng	69
J2. Thanh toán cho các dịch vụ khi quý vị tham gia vào một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng	70
J3. Thông tin khác về các công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng	71
K. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được bảo hiểm như thế nào trong một tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế.....	71
K1. Tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế là gì?	71
K2. Tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế là gì?	71
L. Thiết bị y tế lâu bền (DME).....	72
L1. DME cho hội viên trong chương trình của chúng tôi:.....	72
L2. Quyền sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare	73
L3. Quyền lợi về thiết bị tạo oxy cho hội viên chương trình của chúng tôi	73
L4. Thiết bị tạo oxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc chương trình Medicare Advantage (MA) khác	74



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

Dịch vụ bao gồm dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS), vật tư, dịch vụ sức khỏe hành vi, thuốc theo toa và thuốc không cần toa, thiết bị và các dịch vụ khác. **Dịch vụ được bảo hiểm** bao gồm bất kỳ dịch vụ nào trong số các dịch vụ này được chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi và LTSS được bảo hiểm có trong **Chương 4** của Cẩm Nang Hội Viên. Các dịch vụ được bảo hiểm cho thuốc theo toa và thuốc không cần toa có trong **Chương 5** của Cẩm Nang Hội Viên.

Nhà cung cấp dịch vụ là các bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp các dịch vụ và chăm sóc cho quý vị. Nhà cung cấp dịch vụ cũng bao gồm các bệnh viện, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, phòng khám và các địa điểm khác cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi, thiết bị y tế, cùng với một số dịch vụ LTSS cho quý vị.

Nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống là các nhà cung cấp dịch vụ làm việc với chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp dịch vụ này đồng ý chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi là khoản thanh toán đầy đủ. Các nhà cung cấp dịch vụ 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 nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống, quý vị thường không phải thanh toán cho các dịch vụ được bảo hiểm.

B. Quy tắc nhận dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bảo hiểm

Chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ được Medicare bảo hiểm và hầu hết các dịch vụ Medi-Cal. Dịch vụ này bao gồm sức khỏe hành vi và LTSS.

Chương trình của chúng tôi thường sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ sức khỏe hành vi và nhiều dịch vụ LTSS mà quý vị nhận được khi tuân thủ các quy tắc của chúng tôi. Để được chương trình của chúng tôi bảo hiểm:

- Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được phải là một **quyền lợi chương trình**. Điều này có nghĩa là quyền lợi đó có trong Bảng quyền lợi ở **Chương 4** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.
- Dịch vụ chăm sóc phải **cần thiết về mặt y tế**. Dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế là dịch vụ quan trọng mang tính hợp lý và bảo vệ mạng sống. Cần phải có dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế để giúp các cá nhân không bị bệnh nặng hoặc bị khuyết tật và giảm cơn đau trầm trọng bằng cách điều trị bệnh, ốm đau hoặc thương tích.
- Đối với các dịch vụ y tế, quý vị phải có một **bác sĩ chăm sóc chính (PCP)** trong hệ thống chỉ định các dịch vụ chăm sóc hoặc khuyên quý vị đến khám với một

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



bác sĩ khác. Với tư cách là hội viên chương trình, quý vị sẽ phải lựa chọn một nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống làm PCP cho quý vị.

- Trong đa số các trường hợp, chương trình của chúng tôi phải chấp thuận cho quý vị trước khi quý vị có thể sử dụng một nhà cung cấp dịch vụ không phải là PCP quý vị hoặc sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ khác trong hệ thống của chương trình. Việc này được gọi là **giới thiệu**. Nếu quý vị không xin được sự chấp thuận, chương trình của chúng tôi có thể không bảo hiểm cho các dịch vụ đó.
- Các PCP thuộc chương trình của chúng tôi có mối liên kết với các nhóm y tế cụ thể. Khi quý vị chọn PCP cho mình, quý vị cũng đang lựa chọn nhóm y tế liên kết. Điều này có nghĩa là PCP của quý vị giới thiệu quý vị đến các bác sĩ chuyên khoa và dịch vụ cũng đã có mối liên kết với nhóm y tế của PCP này. Nhóm y tế là hiệp hội gồm các bác sĩ chăm sóc chính và bác sĩ chuyên khoa được thành lập để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phối hợp cho quý vị.
- Quý vị không cần thư giới thiệu từ PCP của mình để được chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết, để sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ hoặc cho bất kỳ dịch vụ nào khác được liệt kê trong phần D1 của chương này.
- **Quý vị phải nhận được dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống có mối liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị.** Thông thường, chúng tôi sẽ không bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ không hợp tác với chương trình bảo hiểm 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 dịch vụ được cung cấp. Dưới đây là một số trường hợp mà quy tắc này không áp dụng:
 - Chúng tôi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết từ nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống (để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Phần H** trong chương này).
 - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc mà chương trình của chúng tôi bảo hiểm và các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống của chúng tôi không thể cung cấp cho quý vị, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống. Quý vị cần có sự chấp thuận từ chương trình trước khi nhận dịch vụ chăm sóc. Trong trường hợp này, chúng tôi sẽ bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc như khi quý vị nhận được từ nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống.

- Chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ thăm tách thận khi quý vị ở ngoài khu vực phục vụ thuộc chương trình của chúng tôi trong một thời gian ngắn hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ của quý vị tạm thời không sẵn sàng hoặc không thể tiếp cận được. Quý vị có thể nhận các dịch vụ này tại cơ sở thăm tách máu có chứng nhận của Medicare.
- Khi tham gia chương trình của chúng tôi lần đầu tiên, quý vị có thể yêu cầu tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ hiện tại của mình. Với một số trường hợp ngoại lệ, chúng tôi phải chấp thuận yêu cầu này nếu chúng tôi có thể chứng minh rằng quý vị hiện có mối quan hệ với các nhà cung cấp dịch vụ đó. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 1** trong **Cẩm Nang Hội Viên** của quý vị. Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu của quý vị, quý vị có thể tiếp tục sử dụng dịch vụ của các nhà cung cấp mà quý vị hiện đang sử dụng trong tối đa 12 tháng. Trong thời gian đó, điều phối viên chăm sóc của quý vị sẽ liên hệ với quý vị để giúp quý vị tìm nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống của chúng tôi có mối liên kết với nhóm y tế cho PCP của quý vị. Sau 12 tháng, chúng tôi sẽ không bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị nữa nếu quý vị tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ không thuộc hệ thống của chúng tôi và không có mối liên kết với nhóm y tế cho PCP của quý vị.

Hội viên mới với chương trình Blue Shield TotalDual Plan: Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được đăng ký tham gia Blue Shield TotalDual Plan để nhận các quyền lợi Medicare của quý vị vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu đăng ký tham gia Blue Shield TotalDual Plan. Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal trước đây của mình thêm một tháng nữa. Sau đó, quý vị sẽ nhận được các dịch vụ Medi-Cal của mình thông qua chương trình Blue Shield TotalDual Plan. Sẽ không có giai đoạn không có bảo hiểm trong bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711) nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào.

C. Điều phối viên chăm sóc của quý vị

C1. Điều phối viên chăm sóc là gì

Điều phối viên chăm sóc là người được đào tạo đặc biệt để hỗ trợ quý vị thông qua việc điều phối dịch vụ chăm sóc. Điều phối viên chăm sóc của quý vị sẽ là thuộc nhóm chăm sóc của quý vị và người này đóng vai trò là người liên hệ chính và nguồn thông tin cho quý vị. Sau khi đăng ký tham gia, điều phối viên chăm sóc sẽ gọi cho quý vị để giới thiệu bản thân và giúp quý vị hoàn thành Đánh giá Rủi ro Sức khỏe để xác định nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



C2. Cách quý vị có thể liên hệ với điều phối viên chăm sóc của mình

Quý vị có thể liên hệ với điều phối viên chăm sóc của mình bằng cách gọi số 1-888-548-5765, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu. Khi quý vị bắt đầu làm việc với điều phối viên chăm sóc, quý vị cũng có thể liên hệ với họ bằng cách gọi đến đường dây điện thoại trực tiếp của họ.

C3. Cách quý vị có thể thay đổi điều phối viên chăm sóc của mình

Để yêu cầu thay đổi điều phối viên chăm sóc, quý vị có thể gọi cho số 1-888-548-5765, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu.

D. Chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ

D1. Nhận dịch vụ chăm sóc từ bác sĩ chăm sóc chính (PCP)

Quý vị phải chọn một bác sĩ chăm sóc chính (PCP) để cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị. Các PCP thuộc chương trình của chúng tôi có mối liên kết với các nhóm y tế cụ thể. Khi quý vị chọn PCP cho mình, quý vị cũng đang lựa chọn nhóm y tế liên kết.

Định nghĩa về PCP và những gì PCP có thể làm gì cho quý vị

PCP của quý vị là bác sĩ đáp ứng các yêu cầu của tiểu bang và được đào tạo nhằm cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc y tế cơ bản. PCP có thể là Bác sĩ gia đình, Bác sĩ đa khoa, Nhà cung cấp dịch vụ nội khoa, Bác sĩ sản phụ khoa (OB-GYN) và một bác sĩ chuyên khoa theo yêu cầu. Quý vị có thể chọn một bác sĩ chuyên khoa làm PCP của mình nếu bác sĩ chuyên khoa này đồng ý cung cấp tất cả các dịch vụ mà PCP thường cung cấp. Để yêu cầu bác sĩ chuyên khoa làm PCP của quý vị, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan (số điện thoại và giờ làm việc được in ở cuối trang này). Một phòng khám, chẳng hạn như các Trung tâm sức khỏe hội đủ điều kiện liên bang (FQHC), cũng có thể là một PCP của quý vị. Quý vị sẽ nhận được dịch vụ chăm sóc cơ bản hoặc định kỳ từ PCP của mình. PCP của quý vị cũng có thể điều phối các dịch vụ được bảo hiểm khác mà quý vị cần. Các dịch vụ được bảo hiểm này bao gồm:

- Chụp X quang
- Xét nghiệm
- Các liệu pháp
- Dịch vụ chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa
- Nhập viện
- Chăm sóc theo dõi

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Các PCP thuộc chương trình của chúng tôi có mối liên kết với các nhóm y tế cụ thể. Nhóm y tế hoặc hiệp hội bác sĩ độc lập (IPA) là một tổ chức được thành lập theo luật pháp California, ký hợp đồng với các chương trình bảo hiểm sức khỏe để cung cấp hoặc sắp xếp việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho những người đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe. Khi quý vị chọn PCP cho mình, quý vị cũng đang lựa chọn nhóm y tế liên kết. Điều này có nghĩa là PCP của quý vị sẽ giới thiệu quý vị đến các bác sĩ chuyên khoa và dịch vụ cũng có mối liên kết với nhóm y tế của PCP này.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải gặp PCP của mình để lấy giấy giới thiệu trước khi quý vị đến khám với bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác hoặc đến khám với bác sĩ chuyên khoa. Khi giấy giới thiệu này được nhóm y tế cho PCP của quý vị chấp thuận, quý vị có thể lên lịch hẹn với bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác để nhận điều trị cần thiết. Bác sĩ chuyên khoa sẽ thông báo cho PCP của quý vị sau khi hoàn thành điều trị hoặc dịch vụ cho quý vị để PCP có thể tiếp tục quản lý dịch vụ chăm sóc cho quý vị.

Để quý vị có thể nhận được một số dịch vụ nhất định, PCP của quý vị sẽ cần được chấp thuận trước từ Chương trình, hoặc, trong một số trường hợp, từ nhóm y tế liên kết cho PCP của quý vị. Đây được gọi là “sự chấp thuận trước.”

Lựa chọn PCP của quý vị

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

Để chọn PCP, quý vị có thể:

- Sử dụng *Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc* của quý vị. Xem bảng chỉ mục “Bác sĩ chăm sóc chính” nằm ở bìa sau của danh mục để tìm kiếm bác sĩ mà quý vị mong muốn. (Bảng chỉ mục được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái theo họ của bác sĩ.); hoặc
- Truy cập trang web của chúng tôi tại blueshieldca.com/find-a-doctor và tìm kiếm PCP mà quý vị mong muốn; hoặc
- Gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng của chương trình Blue Shield TotalDual để nhận được sự trợ giúp (số điện thoại và giờ làm việc được in ở cuối trang này).

Để tìm hiểu xem nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị muốn có sẵn sàng hay có đang chấp nhận bệnh nhân mới hay không, hãy tham khảo phần *Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc* có trên trang web của chúng tôi hoặc gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng (số điện thoại và giờ làm việc được in ở cuối trang này). Nếu có bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể mà quý vị muốn sử dụng, hãy tìm hiểu xem họ có mối liên kết với nhóm y tế cho PCP của quý vị hay không. Quý vị có thể xem *Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc*

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



hoặc yêu cầu Dịch vụ Khách hàng tìm hiểu xem PCP mà quý vị muốn có thể giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa đó hoặc sử dụng bệnh viện đó hay không.

Lựa chọn đổi PCP của quý vị

Quý vị có thể thay đổi PCP của mình vì bất kỳ lý do gì và bất cứ lúc nào. Ngoài ra, PCP của quý vị cũng có thể rời khỏi hệ thống chương trình của chúng tôi. Nếu PCP của quý vị rời khỏi hệ thống của chúng tôi, chúng tôi có thể giúp quý vị tìm một PCP mới trong hệ thống của chúng tôi.

Quý vị có thể thực hiện theo các bước trong phần “Lựa chọn đổi PCP của quý vị” ở phía trên để thay đổi PCP của mình. Hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng để cho họ biết quý vị đang thay đổi PCP của mình (số điện thoại và giờ làm việc được in ở cuối trang này).

Sau khi quý vị đã yêu cầu thay đổi, một PCP mới và nhóm y tế liên kết của PCP này sẽ được chỉ định vào ngày đầu tiên của tháng kế tiếp sau khi có yêu cầu của quý vị về việc thay đổi PCP.

Họ tên và số điện thoại văn phòng của PCP của quý vị được in trên thẻ hội viên của quý vị. Nếu quý vị thay đổi PCP của mình, quý vị sẽ nhận được thẻ hội viên mới.

Các PCP thuộc chương trình của chúng tôi có mối liên kết với các nhóm y tế cụ thể. Nếu thay đổi PCP của mình, quý vị cũng có thể sẽ thay đổi nhóm y tế. Khi quý vị yêu cầu thay đổi, hãy cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng biết nếu quý vị sử dụng bác sĩ chuyên khoa hoặc nhận các dịch vụ được bảo hiểm khác phải có sự chấp thuận của PCP. Bộ phận Dịch vụ Khách hàng giúp quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc chuyên khoa và sử dụng các dịch vụ khác khi quý vị thay đổi PCP của mình.

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

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ cần sự chấp thuận từ PCP của mình trước khi sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ khác. Sự chấp thuận này được gọi là **giới thiệu**. Quý vị có thể nhận các dịch vụ giống như các dịch vụ được liệt kê dưới đây mà không cần sự chấp thuận trước từ PCP của mình:

- dịch vụ cấp cứu từ các nhà cung cấp dịch vụ trong hoặc ngoài hệ thống.
- dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết từ các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống
- dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết từ các nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống khi quý vị không thể liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống (ví dụ: nếu quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình chúng tôi)

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

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Các dịch vụ lọc thận mà quý vị nhận được tại cơ sở thẩm tách máu có chứng nhận của Medicare khi quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình. Nếu quý vị gọi cho Dịch vụ Khách hàng trước khi rời khỏi khu vực phục vụ, chúng tôi có thể giúp quý vị nhận được dịch vụ thẩm tách máu khi quý vị đang ở xa.
- Tiêm phòng cúm và chủng ngừa COVID-19 cũng như chủng ngừa viêm gan B và chủng ngừa viêm phổi khi quý vị nhận được các dịch vụ này từ một nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống.
- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe phụ nữ định kỳ và kế hoạch hóa gia đình. Dịch vụ này bao gồm khám vú, chụp quang tuyến vú sàng lọc (chụp X-quang ngực), xét nghiệm Pap và khám khung xương chậu khi quý vị nhận được các dịch vụ này từ một nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống.
- Ngoài ra, nếu quý vị là Hội viên người Mỹ bản địa, quý vị có thể nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người Mỹ bản địa theo lựa chọn của mình, mà không cần giấy giới thiệu từ PCP trong hệ thống hoặc sự chấp thuận trước.

D2. Dịch vụ chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp dịch vụ khác trong hệ thống

Bác sĩ chuyên khoa là bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đối với một bộ phận trên cơ thể hoặc một bệnh cụ thể nào đó. Có rất nhiều loại bác sĩ chuyên khoa, chẳng hạn như:

- Bác sĩ chuyên khoa ung thư chăm sóc cho bệnh nhân ung thư.
- Bác sĩ chuyên khoa tim mạch chăm sóc cho bệnh nhân có vấn đề về tim mạch.
- Bác sĩ chuyên khoa chỉnh hình chăm sóc cho bệnh nhân có vấn đề về xương, khớp hoặc cơ.

Khi quý vị cần các dịch vụ chăm sóc chuyên khoa hoặc các dịch vụ bổ sung mà PCP của quý vị không thể cung cấp, họ sẽ cấp giấy giới thiệu cho quý vị. Khi giấy giới thiệu này được nhóm y tế cho PCP của quý vị chấp thuận, quý vị có thể lên lịch hẹn với bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác để nhận điều trị cần thiết. Bác sĩ chuyên khoa sẽ thông báo cho PCP của quý vị sau khi hoàn thành điều trị hoặc dịch vụ cho quý vị để PCP có thể tiếp tục quản lý dịch vụ chăm sóc cho quý vị.

PCP của quý vị sẽ cần nhận sự chấp thuận trước từ Chương trình để quý vị nhận được một số dịch vụ nhất định. Đây được gọi là “sự chấp thuận trước.” Ví dụ như yêu cầu phải có sự cho phép trước đối với tất cả các trường hợp nằm viện nội trú không phải là trường hợp cấp cứu. Trong một số trường hợp, nhóm y tế liên kết cho PCP của quý vị, thay vì chương trình của chúng tôi, có thể đưa ra sự chấp thuận cho dịch vụ của quý vị.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về người chịu trách nhiệm trong việc đệ trình và đưa ra sự cho phép trước đối với các dịch vụ, vui lòng liên lạc với nhóm y tế liên kết cho PCP của quý vị. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng. Để biết thêm thông tin về dịch vụ nào cần có sự chấp thuận trước, vui lòng xem Bảng quyền lợi trong Chương 4, Phần D.

Giấy giới thiệu có thể dành cho một lần thăm khám hoặc có thể là giấy giới thiệu thường xuyên cho nhiều lần thăm khám nếu quý vị cần các dịch vụ liên tục. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị giấy giới thiệu thường xuyên đến bác sĩ chuyên khoa đủ điều kiện cho bất kỳ tình trạng nào sau đây:

- một tình trạng mạn tính (đang diễn ra);
- bệnh thể chất hoặc tâm thần đe dọa đến tính mạng;
- bệnh thoái hóa hoặc khuyết tật;
- bất kỳ tình trạng hoặc bệnh nào khác nghiêm trọng hoặc phức tạp đến mức cần sự điều trị của bác sĩ chuyên khoa.

Nếu quý vị không nhận được giấy giới thiệu bằng văn bản khi cần thiết, hóa đơn có thể không được thanh toán. Để biết thêm thông tin, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số ở cuối trang này.

D3. Khi một nhà cung cấp dịch vụ rời khỏi chương trình của chúng tôi

Nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống mà quý vị sử dụng có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi. Nếu nhà cung cấp dịch vụ của quý vị rời khỏi chương trình, quý vị có các quyền và biện pháp bảo vệ nhất định được tóm tắt bên dưới:

- Ngay cả khi hệ thống các nhà cung cấp dịch vụ của chúng tôi thay đổi trong năm, chúng tôi vẫn phải cung cấp cho quý vị khả năng tiếp cận không bị gián đoạn với các nhà cung cấp dịch vụ đủ điều kiện.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết khi nhà cung cấp dịch vụ của quý vị sắp rời khỏi chương trình của chúng tôi để quý vị có thời gian chọn nhà cung cấp dịch vụ mới.
 - Nếu bác sĩ chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị đã thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ đó trong vòng ba năm qua.
 - Nếu bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào khác của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị được chỉ định



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

cho nhà cung cấp dịch vụ đó, hiện đang nhận dịch vụ chăm sóc từ họ hoặc đã thăm khám với họ trong vòng ba tháng qua.

- Chúng tôi sẽ giúp quý vị chọn một nhà cung cấp dịch vụ mới đủ điều kiện trong hệ thống để tiếp tục quản lý các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Nếu quý vị hiện đang được điều trị y tế hoặc các liệu pháp với nhà cung cấp dịch vụ hiện tại của mình, quý vị có quyền yêu cầu và chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để đảm bảo rằng việc điều trị hoặc các liệu pháp cần thiết về mặt y tế mà quý vị đang nhận sẽ được tiếp tục.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về các kỳ đăng ký tham gia khác nhau dành cho quý vị và các lựa chọn mà quý vị có thể có để thay đổi chương trình.
- Nếu chúng tôi không thể tìm được bác sĩ chuyên khoa đủ điều kiện trong hệ thống mà quý vị có thể tiếp cận, chúng tôi phải sắp xếp một bác sĩ chuyên khoa ngoài hệ thống để cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị khi nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống hoặc quyền lợi không có sẵn hoặc không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi chưa thay thế nhà cung cấp dịch vụ trước đây của quý vị bằng một nhà cung cấp đủ điều kiện hoặc chúng tôi không quản lý tốt việc chăm sóc cho quý vị, quý vị có quyền gửi khiếu nại về chất lượng chăm sóc đến QIO, than phiền về chất lượng chăm sóc hoặc cả hai. (Tham khảo **Chương 9** để biết thêm thông tin.)

Nếu quý vị biết một trong những nhà cung cấp dịch vụ của quý vị sắp rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ với chúng tôi. Chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị tìm nhà cung cấp dịch vụ mới và quản lý việc chăm sóc của quý vị. Gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Khi quý vị gọi điện, hãy nhớ cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng biết nếu quý vị đang thăm khám với các bác sĩ chuyên khoa hoặc nhận các dịch vụ được bảo hiểm khác cần có sự chấp thuận từ PCP của quý vị (như dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà và thiết bị y tế lâu bền). Bộ phận Dịch vụ Khách hàng sẽ giúp đảm bảo rằng quý vị có thể tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc chuyên khoa và các dịch vụ khác mà quý vị đã và đang nhận được khi quý vị thay đổi PCP của mình. Họ cũng sẽ kiểm tra để đảm bảo rằng PCP mà quý vị muốn chuyển sang đang chấp nhận bệnh nhân mới. Bộ phận Dịch vụ Khách hàng sẽ thay đổi hồ sơ hội viên của quý vị để thể hiện tên PCP mới của quý vị và cho quý vị biết khi nào việc chuyển sang PCP mới của quý vị sẽ có hiệu lực.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

D4. Nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống

Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare và/hoặc Medi-Cal yêu cầu chương trình của chúng tôi bảo hiểm và các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống của chúng tôi không thể cung cấp dịch vụ chăm sóc này, quý vị có thể nhận dịch vụ này từ một nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống. PCP của quý vị chịu trách nhiệm gửi yêu cầu chấp thuận trước cho các dịch vụ ngoài hệ thống. Quý vị cần phải nhận được sự chấp thuận từ chương trình hoặc nhóm y tế liên kết với PCP của quý vị trước khi nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống trừ khi quý vị đang tiếp nhận dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ khẩn cấp cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị sẽ thanh toán mức phí tương đương với mức phí phải trả cho nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống.

Nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống, nhà cung cấp dịch vụ này phải hội đủ điều kiện tham gia Medicare và/hoặc Medi-Cal.

- Chúng tôi không thể thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ không hội đủ điều kiện tham gia Medicare và/hoặc Medi-Cal.
- Nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp dịch vụ không hội đủ điều kiện tham gia Medicare, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Các nhà cung cấp dịch vụ phải cho quý vị biết nếu họ không hội đủ điều kiện tham gia Medicare.

E. Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)

LTSS có thể giúp quý vị ở nhà và tránh phải vào bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Quý vị có quyền tiếp cận một số dịch vụ LTSS thông qua chương trình của chúng tôi, bao gồm chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, Dịch vụ dành cho người lớn tại cộng đồng (CBAS) và Hỗ trợ cộng đồng. Một loại dịch vụ LTSS khác, chương trình Dịch vụ trợ giúp tại nhà được cung cấp thông qua cơ quan dịch vụ xã hội tại quận của quý vị. LTSS dành cho các hội viên cần hỗ trợ để thực hiện các hoạt động thường lệ hàng ngày như tắm rửa, mặc quần áo, chuẩn bị bữa ăn và dùng thuốc. Nếu quý vị cần hỗ trợ để tiếp tục sống độc lập, vui lòng gọi cho Điều phối viên chăm sóc hoặc bộ phận Dịch vụ Khách hàng của quý vị để được giới thiệu.

LTSS bao gồm Dịch vụ dành cho người lớn tại cộng đồng (CBAS), Dịch vụ trợ giúp tại nhà (IHSS), Chương trình dịch vụ đa dạng cho người cao tuổi (MSSP) và Chăm sóc dài hạn/Chăm sóc giám hộ.

Đôi khi quý vị có thể được giúp đỡ về chăm sóc sức khỏe và nhu cầu sinh hoạt hàng ngày của quý vị.

Quý vị có thể nhận được những dịch vụ sau đây:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Dịch vụ dành cho người lớn tại cộng đồng (CBAS)
- Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn
- Vật lý trị liệu
- Trị liệu về chức năng hoạt động
- Trị liệu âm ngữ
- Dịch vụ y tế xã hội
- Chăm sóc sức khỏe tại nhà

Tùy thuộc vào quận nơi quý vị sinh sống và tính hội đủ điều kiện của quý vị, quý vị cũng có thể nhận được Hỗ trợ cộng đồng bổ sung thông qua Blue Shield Promise Medi-Cal Plan. Nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có thể giới thiệu quý vị nếu họ cho rằng quý vị đủ điều kiện nhận Hỗ trợ cộng đồng hoặc quý vị có thể liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng hoặc Điều phối viên chăm sóc của quý vị để tìm hiểu thêm. Quý vị có thể nhận được những dịch vụ sau đây:

- Thay đổi thích ứng về khả năng tiếp cận của môi trường sống (sửa đổi nhà ở)
- Dịch vụ tìm cách chuyển đổi nhà ở
- Đặt cọc nhà ở
- Thuê nhà ở và dịch vụ duy trì
- Các bữa ăn hỗ trợ hoặc các bữa ăn được điều chỉnh riêng theo yêu cầu y tế
- Dịch vụ chăm sóc cá nhân và nội trợ
- Chăm sóc giúp phục hồi (thay thế tạm thời về y tế)
- Thay thế tạm thời cho người chăm sóc
- Nhà ở ngắn hạn sau khi nằm viện
- Trung tâm giúp làm tỉnh rượu

F. Dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn sử dụng chất kích thích)

Quý vị có quyền tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal bảo hiểm. Chúng tôi cung cấp khả năng tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi được Medicare và chương trình quản lý chăm sóc của Medi-Cal bảo hiểm. Chương



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

trình của chúng tôi không cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal hoặc các dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất kích thích của quận, nhưng những dịch vụ này được cung cấp cho quý vị thông qua Ban Sức khỏe Tâm thần Quận Los Angeles (LACDMH), Sở Y tế Công cộng Quận Los Angeles (LACDPH) và Dịch vụ Sức khỏe Hành vi Quận San Diego.

F1. Các dịch vụ sức khỏe hành vi Medi-Cal được cung cấp ngoài chương trình của chúng tôi

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe tâm thần (MHP) của quận nếu quý vị đáp ứng tiêu chí để tiếp cận các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal được cung cấp bởi Ban Sức khỏe Tâm thần Quận Los Angeles (LACDMH), Sở Y tế Công cộng Quận Los Angeles (LACDPH) và Dịch vụ Sức khỏe Hành vi Quận San Diego bao gồm:

- dịch vụ sức khỏe tâm thần
- dịch vụ hỗ trợ về thuốc
- điều trị tích cực ban ngày
- phục hồi chức năng ban ngày
- can thiệp khủng hoảng
- ổn định khủng hoảng
- dịch vụ điều trị tại nhà dành cho người lớn
- dịch vụ điều trị tại nhà dành cho người bị khủng hoảng
- dịch vụ tại cơ sở y tế tâm thần
- dịch vụ điều trị tâm thần nội trú tại bệnh viện
- quản lý ca bệnh theo mục tiêu
- dịch vụ hành vi trị liệu
- điều phối chăm sóc tích cực
- dịch vụ chăm sóc tích cực tại nhà

Các dịch vụ của Hệ thống Phân phối có Tổ chức Thuốc Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua Ban Sức khỏe Tâm thần Quận Los Angeles (LACDMH), Sở Y tế Công cộng Quận



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Los Angeles (LACDPH) và Dịch vụ Sức khỏe Hành vi Quận San Diego nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để nhận được các dịch vụ này. Các dịch vụ về thuốc của Medi-Cal được cung cấp bởi Ban Sức khỏe Tâm thần Quận Los Angeles (LACDMH), Sở Y tế Công cộng Quận Los Angeles (LACDPH) và Dịch vụ Sức khỏe Hành vi Quận San Diego bao gồm:

- dịch vụ điều trị tích cực cho bệnh nhân ngoại trú
- điều trị rối loạn sử dụng chất kích thích tại nhà chu sinh
- dịch vụ điều trị ngoại trú
- chương trình điều trị ma túy
- thuốc điều trị nghiện (còn gọi là Điều trị hỗ trợ bằng thuốc)
- dịch vụ hỗ trợ từ người cùng cảnh ngộ

Dịch vụ của Hệ thống Phân phối Thuốc có Tổ chức của Medi-Cal bao gồm:

- dịch vụ điều trị ngoại trú
- dịch vụ điều trị tích cực cho bệnh nhân ngoại trú
- thuốc điều trị nghiện (còn gọi là Điều trị hỗ trợ bằng thuốc)
- dịch vụ điều trị tại nhà
- dịch vụ quản lý cai nghiện
- chương trình điều trị ma túy
- dịch vụ phục hồi
- điều phối chăm sóc

Ngoài các dịch vụ được liệt kê ở trên, quý vị có thể tiếp cận các dịch vụ cai nghiện tự nguyện dành cho bệnh nhân nội trú nếu quý vị đáp ứng tiêu chí.

Tính sẵn có của dịch vụ sức khỏe hành vi

Có một loạt các dịch vụ toàn diện sẵn có dành cho quý vị. Quý vị có thể tự giới thiệu mình đến Nhà cung cấp dịch vụ đã ký hợp đồng và cũng có thể được PCP, thành viên gia đình, v.v. giới thiệu. “Không có rào cản” trong việc tiếp cận dịch vụ. Quý vị có thể liên hệ với những nơi sau để được hỗ trợ nhận dịch vụ:

- Đường dây trợ giúp khủng hoảng và giới thiệu của quận (vui lòng tham khảo Chương 2, Phần K trong sổ tay này để biết số điện thoại và thời gian làm việc)

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Sở Y tế Công cộng, Phòng chống và Kiểm soát Lạm dụng Chất kích thích Quận Los Angeles (vui lòng gọi 888-742-7900 (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần)
- Sức khỏe Hành vi Quận San Diego – Dịch vụ Điều trị Rối loạn Sử dụng Chất kích thích (vui lòng gọi số 888-724-7240 (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần)
- Đường dây về sức khỏe hành vi của Blue Shield TotalDual Plan (vui lòng tham khảo Chương 2, Phần D trong cẩm nang này để biết số điện thoại và giờ làm việc)
- Bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan (số điện thoại và giờ làm việc in ở cuối trang này).

Quy trình xác định các dịch vụ cần thiết về mặt y tế

Sự cần thiết về mặt y tế do nhà cung cấp dịch vụ được cấp phép phù hợp xác định. Tiêu chí cần thiết về mặt y tế được cả Blue Shield TotalDual Plan và Quận sử dụng, được phát triển bởi các chuyên gia về sức khỏe hành vi và các bên liên quan khác và nhất quán với các yêu cầu theo quy định.

Quy trình giới thiệu giữa Blue Shield TotalDual Plan và Quận

Nếu quý vị đang nhận dịch vụ từ Blue Shield TotalDual Plan hoặc từ Quận, quý vị có thể được giới thiệu đến một cơ quan khác phù hợp với nhu cầu của mình. Blue Shield TotalDual Plan hoặc Quận có thể giới thiệu quý vị bằng cách gọi cho cơ quan mà quý vị sẽ được giới thiệu đến. Ngoài ra, biểu mẫu giới thiệu sẽ được nhà cung cấp dịch vụ giới thiệu điền vào và sẽ được gửi đến tổ chức mà quý vị đang được giới thiệu đến.

Quy trình giải quyết vấn đề

Nếu có tranh chấp giữa quý vị và Quận hoặc Blue Shield TotalDual Plan, quý vị sẽ tiếp tục nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế, kể cả thuốc theo toa, cho đến khi tranh chấp được giải quyết. Blue Shield TotalDual Plan đã làm việc với Quận để triển khai các quy trình giải quyết kịp thời và không gây ảnh hưởng tiêu cực đến các dịch vụ mà hội viên đang cần nhận. Quý vị cũng có thể sử dụng quy trình kháng cáo của Blue Shield TotalDual Plan hoặc Quận, tùy thuộc vào tổ chức mà quý vị đang có tranh chấp. Để biết thông tin về quy trình kháng cáo, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

G. Dịch vụ chuyên chở

G1. Dịch vụ chuyên chở y tế trong các trường hợp không cấp cứu

Quý vị được quyền hưởng dịch vụ chuyên chở y tế trong trường hợp không cấp cứu nếu quý vị có nhu cầu y tế không cho phép quý vị sử dụng ô tô, xe buýt hoặc taxi đến các cuộc hẹn của mình. Dịch vụ chuyên chở y tế trong trường hợp không cấp cứu có thể được cung cấp cho các dịch vụ được bảo hiểm, chẳng hạn như các cuộc hẹn y tế, nha khoa, sức khỏe tâm thần, sử

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



dụng chất kích thích và nhà thuốc. Nếu quý vị cần dịch vụ chuyên chở y tế trong trường hợp không cấp cứu, quý vị có thể liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chuyên chở của chúng tôi, Call the Car. Nhà cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chuyên chở của chúng tôi, Call The Car, có thể giúp quý vị quyết định loại phương tiện chuyên chở tốt nhất đáp ứng nhu cầu của quý vị.

Phương tiện chuyên chở y tế trong trường hợp không cấp cứu là xe cứu thương, xe van có cánh, xe van chở xe lăn hoặc vận chuyển bằng đường hàng không. Blue Shield TotalDual Plan cho phép phương tiện chuyên chở được bảo hiểm với chi phí thấp nhất và dịch vụ chuyên chở y tế trong trường hợp không cấp cứu phù hợp nhất cho các nhu cầu y tế của quý vị khi quý vị cần đi tới buổi hẹn của mình. Ví dụ, nếu tình trạng thể chất hoặc y tế cho phép chuyên chở quý vị bằng xe van chở xe lăn, Blue Shield TotalDual Plan sẽ không thanh toán chi phí cho xe cứu thương. Quý vị chỉ được vận chuyển bằng đường hàng không nếu tình trạng sức khỏe của quý vị khiến cho mọi hình thức chuyên chở đường bộ đều không khả thi.

Phải sử dụng phương tiện chuyên chở y tế trong trường hợp không cấp cứu khi:

- Quý vị cần phương tiện này do nhu cầu thể chất hoặc y tế như được xác định bằng văn bản chấp thuận từ nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị vì quý vị không thể sử dụng xe buýt, taxi, ô tô hoặc xe van để đến cuộc hẹn.
- Quý vị cần sự trợ giúp từ tài xế khi đi đến và rời khỏi nơi cư trú, phương tiện hoặc nơi điều trị của quý vị do khuyết tật về thể chất hoặc tâm thần.

Để yêu cầu phương tiện chuyên chở y tế mà bác sĩ của quý vị đã chỉ định cho **cuộc hẹn thường kỳ** không khẩn cấp, hãy gọi tới Call The Car theo số 1-877-433-2178 (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Có thể sử dụng ứng dụng di động CTC Go để lên lịch, chỉnh sửa, theo dõi và hủy đặt chỗ xe lăn. Không thể sử dụng ứng dụng di động CTC Go cho dịch vụ chuyên chở bằng ca và quý vị phải gọi để đặt chỗ dịch vụ này. Phải thực hiện việc đặt chỗ cho cuộc hẹn thường kỳ không khẩn cấp trước cuộc hẹn của quý vị 24 giờ. Đối với **cuộc hẹn khẩn cấp**, xin vui lòng gọi càng sớm càng tốt. Vui lòng chuẩn bị sẵn thẻ ID hội viên khi quý vị gọi. Quý vị cũng có thể gọi nếu cần thêm thông tin.

Giới hạn dịch vụ chuyên chở y tế

Blue Shield TotalDual Plan bảo hiểm cho dịch vụ chuyên chở y tế có chi phí thấp nhất, đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị từ nhà quý vị đến nhà cung cấp dịch vụ gần nhất, nơi có cuộc hẹn. Dịch vụ chuyên chở y tế sẽ không được cung cấp nếu Medicare hoặc Medi-Cal không bảo hiểm cho dịch vụ. Nếu loại cuộc hẹn được Medi-Cal bảo hiểm nhưng không phải thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe, Blue Shield TotalDual Plan sẽ giúp quý vị lên lịch dịch vụ chuyên chở. Danh sách các dịch vụ được bảo hiểm có trong Chương 4 của cẩm nang này. Dịch vụ chuyên chở không được bảo hiểm bên ngoài hệ thống hoặc khu vực phục vụ của Blue Shield TotalDual Plan trừ khi được cho phép trước.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



G2. Dịch vụ chuyên chở phi y tế

Các quyền lợi chuyên chở phi y tế bao gồm việc di chuyển đến và đi từ các cuộc hẹn của quý vị để nhận một dịch vụ được nhà cung cấp dịch vụ của quý vị chấp thuận. Quý vị có thể nhận được một chuyến đi miễn phí khi quý vị:

- Đi đến và trở về từ một cuộc hẹn cho một dịch vụ được nhà cung cấp dịch vụ của quý vị chấp thuận; hoặc
- Đến lấy thuốc theo toa và vật tư y tế.

Blue Shield TotalDual Plan cho phép quý vị sử dụng xe hơi, taxi, xe buýt hoặc phương tiện công cộng/phương tiện tư nhân khác để tới các cuộc hẹn phi y tế. Blue Shield TotalDual Plan sử dụng Call The Car để sắp xếp dịch vụ chuyên chở phi y tế. Chúng tôi bảo hiểm cho loại hình dịch vụ chuyên chở phi y tế, chi phí thấp nhất đáp ứng nhu cầu của quý vị.

Đôi khi, quý vị có thể được hoàn tiền cho những chuyến đi bằng phương tiện riêng do quý vị sắp xếp. Blue Shield TotalDual Plan phải chấp thuận điều này **trước khi** quý vị bắt đầu chuyến đi và quý vị phải cho chúng tôi biết lý do tại sao quý vị không thể nhận chuyến đi theo cách khác, chẳng hạn như đi xe buýt. Quý vị có thể cho chúng tôi biết bằng cách gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. **Quý vị không thể được hoàn tiền khi tự lái xe.**

Việc hoàn tiền cho quãng đường yêu cầu tất cả giấy tờ sau đây:

- Giấy phép lái xe của người lái xe.
- Giấy đăng ký phương tiện của người lái xe.
- Bằng chứng bảo hiểm xe ô tô cho người lái xe.

Để yêu cầu một chuyến đi, hãy gọi cho Call the Car theo số 1-877-433-2178 (TTY: 711) 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần ít nhất hai mươi bốn (24) giờ trước cuộc hẹn của quý vị. Có thể sử dụng ứng dụng di động CTC Go để lên lịch, chỉnh sửa, theo dõi và hủy đặt chỗ.

Đối với **cuộc hẹn khẩn cấp**, xin vui lòng gọi càng sớm càng tốt. Vui lòng chuẩn bị sẵn thẻ ID hội viên khi quý vị gọi. Quý vị cũng có thể gọi nếu cần thêm thông tin.

Lưu ý: Hội viên là Người Mỹ bản địa có thể liên hệ với Phòng khám y tế dành cho người Mỹ bản địa tại địa phương để yêu cầu dịch vụ chuyên chở phi y tế.

Giới hạn dịch vụ chuyên chở phi y tế

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



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

Không áp dụng dịch vụ chuyên chở phi y tế nếu:

- Cần có xe cứu thương, xe van có cánh, xe van chở xe lăn, hoặc dạng khác của phương tiện chuyên chở y tế trong trường hợp không cấp cứu để nhận dịch vụ.
- Quý vị cần sự hỗ trợ từ tài xế khi đi đến và rời khỏi nơi cư trú, phương tiện hoặc nơi điều trị của quý vị do điều kiện về thể chất hoặc y tế.
- Quý vị đang ngồi xe lăn và không thể di chuyển vào và ra khỏi phương tiện nếu không có sự trợ giúp từ tài xế.
- Dịch vụ không được Medicare hoặc Medi-Cal bảo hiểm

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

H1. Chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế

Trường hợp cấp cứu y tế là tình trạng y tế với các triệu chứng như đau nặng hoặc chấn thương nghiêm trọng. Tình trạng nghiêm trọng đến mức nếu không được chăm sóc y tế ngay lập tức, quý vị hoặc bất kỳ ai có hiểu biết bình thường về sức khỏe và y tế cũng có thể biết là tình trạng này sẽ gây ra những vấn đề sau:

- nguy cơ nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị hoặc của đứa con chưa chào đời của quý vị; **hoặc**
- tổn hại nghiêm trọng đến các chức năng cơ thể; **hoặc**
- rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào của cơ thể; **hoặc**
- Trong trường hợp phụ nữ mang thai đang chuyển dạ, khi:
 - Không đủ thời gian để chuyển quý vị đến bệnh viện khác một cách an toàn trước khi sinh.
 - Việc chuyển đến một bệnh viện khác có thể gây ra mối đe dọa tới sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc thai nhi.

Nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- **Yêu cầu sự trợ giúp nhanh nhất có thể.** Gọi 911 hoặc đến phòng cấp cứu hoặc bệnh viện gần nhất. Gọi xe cứu thương nếu quý vị thấy cần thiết. Quý vị **không** cần chấp thuận hoặc giấy giới thiệu từ PCP của mình. Quý vị không cần phải sử dụng nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống. Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu bất cứ khi nào quý vị cần, ở bất kỳ đâu tại Hoa Kỳ hoặc các lãnh thổ thuộc Hoa Kỳ hoặc trên toàn thế giới, từ bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào có giấy phép phù hợp của tiểu bang.
- **Hãy thông báo cho chương trình của chúng tôi về trường hợp cấp cứu của quý vị càng sớm càng tốt.** Chúng tôi sẽ tiếp tục xử lý dịch vụ chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hoặc một người khác cần gọi để cho chúng tôi biết về dịch vụ chăm sóc cấp cứu của quý vị, thường trong vòng 48 giờ. Tuy nhiên, quý vị sẽ không thanh toán cho các dịch vụ cấp cứu nếu quý vị trì hoãn việc thông báo cho chúng tôi. Gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Số điện thoại Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi có trên thẻ ID hội viên của quý vị.

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

Blue Shield TotalDual Plan bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp trên toàn thế giới bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ trong các trường hợp sau đây, không có giới hạn tổng hợp hàng năm. Xem Bảng quyền lợi y tế trong Chương 4, Mục D của tài liệu này để biết thêm thông tin.

Nếu quý vị cần xe cứu thương để đến phòng cấp cứu, chương trình của chúng tôi sẽ bảo hiểm cho dịch vụ chuyên chở này. Chúng tôi cũng bảo hiểm các dịch vụ y tế trong trường hợp cấp cứu. Để tìm hiểu thêm, hãy tham khảo Bảng Quyền lợi trong **Chương 4** của Cẩm Nang Hội Viên.

Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu cho quý vị sẽ quyết định khi nào tình trạng của quý vị ổn định và trường hợp cấp cứu y tế kết thúc. Họ sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị và sẽ liên hệ với chúng tôi để lập kế hoạch nếu quý vị cần được chăm sóc theo dõi để khỏe mạnh hơn.

Chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc theo dõi của quý vị. Nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cấp cứu từ các nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống, chúng tôi sẽ cố gắng yêu cầu các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống đảm nhận dịch vụ chăm sóc cho quý vị càng sớm càng tốt.

Nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu nếu đó không phải là trường hợp cấp cứu

Đôi khi khó có thể nhận biết được quý vị có đang gặp tình huống cấp cứu y tế hay sức khỏe hành vi hay không. Quý vị có thể đến để được chăm sóc cấp cứu và bác sĩ nói rằng đó không thực sự là một trường hợp cấp cứu. Chỉ cần quý vị có lý do hợp lý để cho rằng sức khỏe của mình đang gặp nguy hiểm nghiêm trọng, chúng tôi sẽ bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Tuy nhiên, sau khi bác sĩ nói rằng đó không phải là trường hợp cấp cứu, chúng tôi sẽ chỉ bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc bổ sung cho quý vị nếu:

- Quý vị sử dụng nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống **hoặc**
- Dịch vụ chăm sóc bổ sung cho quý vị được xem là “chăm sóc khẩn cấp cần thiết” và quý vị tuân thủ các quy tắc về việc nhận dịch vụ chăm sóc này. Tham khảo phần tiếp theo.

H2. Chăm sóc khẩn cấp cần thiết

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết là dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được trong trường hợp không phải là tình huống cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay lập tức. Ví dụ: quý vị có thể gặp tình huống bùng phát tình trạng có sẵn hoặc bệnh hoặc thương tích không lường trước.

Chăm sóc khẩn cấp cần thiết trong khu vực phục vụ thuộc chương trình của chúng tôi

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi chỉ bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết nếu:

- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc này từ nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống **và**
- Quý vị tuân thủ các quy tắc khác được mô tả trong chương này.

Nếu việc đến thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống là không thể hoặc không hợp lý, do thời gian, địa điểm hoặc hoàn cảnh của quý vị, chúng tôi sẽ bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống. Để có danh sách cập nhật các trung tâm chăm sóc khẩn cấp liên kết với nhóm bác sĩ của quý vị, vui lòng liên hệ với PCP của quý vị. Quý vị cũng có thể tìm kiếm các trung tâm chăm sóc khẩn cấp trong khu vực của mình bằng cách truy cập blueshieldca.com/find-a-doctor.

Chăm sóc khẩn cấp cần thiết bên ngoài khu vực phục vụ thuộc chương trình của chúng tôi

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

Chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết và cấp cứu trên toàn thế giới bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ trong các trường hợp sau đây, không có giới hạn tổng hợp hàng năm. Để tìm hiểu thêm, hãy xem *Chăm sóc cấp cứu* và *Chăm sóc khẩn cấp cần thiết* trong Bảng Quyền lợi Y tế trong Chương 4, Phần D.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Nếu quý vị cần chăm sóc khẩn cấp khi đang ở bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ, hãy gọi cho Blue Shield Global Core Services Center theo số điện thoại miễn phí (800) 810-2583, hoặc gọi số (804) 673-1177, 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần. Trong trường hợp cấp cứu, hãy trực tiếp đến bệnh viện gần nhất. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số điện thoại ở mặt sau thẻ ID hội viên của quý vị. Trong phạm vi của dịch vụ này, đối với dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện, quý vị có thể liên hệ với Blue Shield Global Core Services Center để sắp xếp phương thức không sử dụng tiền mặt. Nếu quý vị sắp xếp phương thức không sử dụng tiền mặt, quý vị phải chịu trách nhiệm cho các chi phí tự trả thông thường, chẳng hạn như chi phí không được bảo hiểm và tiền đồng trả. Nếu quý vị không sắp xếp phương thức không sử dụng tiền mặt, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc y tế của mình và gửi yêu cầu hoàn tiền.

H3. Chăm sóc khi xảy ra thảm họa

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

Hãy truy cập trang web của chúng tôi để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần trong thảm họa đã được công bố: blueshieldca.com/emergencypolicy.

Trong thời gian xảy ra thảm họa được tuyên bố, nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống theo tỷ lệ chia sẻ chi phí trong hệ thống. Nếu quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong hệ thống trong thời gian xảy ra thảm họa được công bố, quý vị có thể mua thuốc theo toa tại nhà thuốc ngoài hệ thống. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

I. Phải làm gì nếu quý vị được lập hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bảo hiểm

Nếu nhà cung cấp dịch vụ gửi hóa đơn cho quý vị thay vì gửi đến chương trình, quý vị cần yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí mà chúng tôi phải trả cho hóa đơn đó.

Quý vị không nên tự thanh toán hóa đơn. Nếu quý vị tự thanh toán, chương trình có thể sẽ không hoàn trả lại cho quý vị.

Nếu quý vị thanh toán nhiều hơn mức chia sẻ chi phí của chương trình cho các dịch vụ được bảo hiểm hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn cho toàn bộ chi phí của các dịch vụ y tế được bảo hiểm, hãy tham khảo **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên* để tìm hiểu xem phải làm gì.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

I1. Phải làm gì nếu chương trình của chúng tôi không bảo hiểm cho các dịch vụ

Chương trình của 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** trong *Cẩm Nang Hội Viên*) và
- quý vị nhận được qua việc tuân thủ các quy tắc của chương trình.

Nếu quý vị nhận các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi không bảo hiểm, **quý vị sẽ tự thanh toán toàn bộ chi phí**, trừ khi dịch vụ đó được một chương trình Medi-Cal khác ngoài chương trình của chúng tôi bảo hiểm.

Nếu quý vị muốn biết chúng tôi có thanh toán bất kỳ dịch vụ hoặc chăm sóc y tế nào không, quý vị có quyền hỏi chúng tôi. Quý vị cũng có quyền hỏi bằng văn bản. Nếu chúng tôi nói sẽ không thanh toán cho các dịch vụ cho quý vị, quý vị có quyền kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Chương 9 trong Cẩm Nang Hội Viên giải thích những việc cần làm nếu quý vị muốn chúng tôi bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng y tế. Chương này cũng cho quý vị biết cách kháng cáo quyết định bảo hiểm của chúng tôi. Hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng để tìm hiểu thêm về quyền kháng cáo của quý vị.

Chúng tôi sẽ thanh toán cho một số dịch vụ đến một giới hạn nhất định nào đó. Nếu quý vị vượt quá giới hạn này, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí để nhận được nhiều hơn từ loại dịch vụ đó. Tham khảo **Chương 4** để biết các giới hạn quyền lợi cụ thể. Hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng để biết giới hạn quyền lợi và quý vị đã sử dụng các quyền lợi này ở mức độ bao nhiêu.

J. Bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng

J1. Định nghĩa về một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng

Công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng (còn được gọi là thử nghiệm lâm sàng) là phương pháp các bác sĩ kiểm tra các loại dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc mới. Một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare chấp thuận thường yêu cầu tình nguyện viên tham gia nghiên cứu.

Sau khi Medicare chấp thuận nghiên cứu mà quý vị muốn tham gia và quý vị thể hiện mối quan tâm của mình, sẽ có người làm việc trong nghiên cứu này liên lạc với quý vị. Người đó cho quý vị biết về nghiên cứu này và xem quý vị có đủ điều kiện tham gia hay không. Quý vị có thể tham gia vào nghiên cứu khi đáp ứng các điều kiện bắt buộc. Quý vị phải hiểu và chấp nhận những gì quý vị phải làm trong nghiên cứu đó.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Trong khi quý vị tham gia vào nghiên cứu, quý vị vẫn có thể tiếp tục đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi. Bằng cách đó, chương trình của chúng tôi tiếp tục bảo hiểm cho quý vị những dịch vụ và chăm sóc không liên quan đến nghiên cứu.

Nếu quý vị muốn tham gia vào công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare chấp thuận, quý vị **không** cần sự chấp thuận từ chúng tôi hoặc bác sĩ chăm sóc chính của quý vị. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị trong nghiên cứu **không** cần thiết phải là nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống. Xin lưu ý rằng điều này không bao gồm các quyền lợi mà chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm, trong đó có thử nghiệm lâm sàng hoặc đăng ký để đánh giá quyền lợi. Chúng bao gồm một số quyền lợi nhất định được quy định theo xác định quyền lợi bảo hiểm quốc gia yêu cầu bảo hiểm có sự phát triển bằng chứng (NCDs-CED) và các nghiên cứu miễn trừ thiết bị nghiên cứu (IDE) và có thể phải được chấp thuận trước cũng như tuân theo các quy tắc khác của chương trình.

Chúng tôi khuyến khích quý vị cho chúng tôi biết trước khi quý vị tham gia vào một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng.

Nếu quý vị dự định tham gia một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng, được Original Medicare bảo hiểm cho những người tham gia, chúng tôi khuyến khích quý vị hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng để cho chúng tôi biết quý vị sẽ tham gia vào một thử nghiệm lâm sàng.

J2. Thanh toán cho các dịch vụ khi quý vị tham gia vào một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng

Nếu quý vị tình nguyện tham gia một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare chấp thuận, quý vị sẽ không phải trả gì cho các dịch vụ được bảo hiểm trong nghiên cứu. Medicare thanh toán cho các dịch vụ được bảo hiểm trong nghiên cứu cũng như các chi phí thông thường liên quan đến việc chăm sóc của quý vị. Sau khi quý vị tham gia vào công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare chấp thuận, quý vị được bảo hiểm cho hầu hết các vật dụng và dịch vụ mà quý vị nhận được trong phạm vi nghiên cứu này. Điều này bao gồm:

- chi phí ăn ở trong thời gian nằm viện mà Medicare sẽ thanh toán ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu
- phẫu thuật hoặc thủ thuật y tế khác thuộc phạm vi công trình nghiên cứu này
- điều trị bất kỳ tác dụng phụ và biến chứng nào phát sinh từ dịch vụ chăm sóc mới

Nếu quý vị tham gia vào nghiên cứu mà Medicare **chưa** chấp thuận, quý vị sẽ phải thanh toán các chi phí để tham gia nghiên cứu đó.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

J3. Thông tin khác về các công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về việc tham gia vào công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng trong “Medicare và các công trình nghiên cứu lâm sàng” trên trang web của Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). Quý vị cũng có thể gọi cho 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

K. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được bảo hiểm như thế nào trong một tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

K1. Tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế là gì?

Tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc mà thông thường quý vị sẽ nhận được tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Nếu nhận dịch vụ chăm sóc trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn trái với tín ngưỡng tôn giáo của quý vị, chúng tôi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc tại tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế.

Quyền lợi này chỉ áp dụng cho dịch vụ nội trú của Medicare Phần A (dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế).

K2. Tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế là gì?

Để nhận dịch vụ chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế, quý vị phải ký vào một tài liệu pháp lý cho biết quý vị phản đối việc nhận điều trị y tế “không bị loại trừ.”

- Điều trị y tế “không bị loại trừ” là bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào **tự nguyện và không bắt buộc** theo bất kỳ luật nào của liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.
- Điều trị y tế “bị loại trừ” là bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào **không tự nguyện và mang tính bắt buộc** theo luật pháp liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.

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

- Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc phải được Medicare chứng nhận.
- Bảo hiểm cho dịch vụ trong chương trình của chúng tôi được giới hạn ở lĩnh vực chăm sóc phi tôn giáo.
- Nếu quý vị nhận được dịch vụ từ tổ chức này tại một cơ sở:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Quý vị phải có một tình trạng y tế cho phép quý vị nhận các dịch vụ được bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện hoặc dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
- Quý vị phải có sự chấp thuận từ chúng tôi trước khi quý vị được tiếp nhận vào cơ sở, nếu không thời gian nằm viện của quý vị sẽ **không** được bảo hiểm.

Không có giới hạn về số ngày được bảo hiểm đối với mỗi lần nằm viện. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo Bảng Quyền lợi ở Chương 4, Phần D.

L. Thiết bị y tế lâu bền (DME)

L1. DME cho hội viên trong chương trình của chúng tôi:

DME bao gồm một số vật dụng cần thiết về mặt y tế do nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu, chẳng hạn như xe lăn, nạng, hệ thống nệm chạy bằng điện, vật tư cho bệnh tiểu đường, giường bệnh do nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu để sử dụng tại nhà, máy bơm truyền tĩnh mạch (IV), thiết bị tạo giọng nói, thiết bị tạo oxy và vật tư, máy khí dung và khung tập đi.

Quý vị sẽ luôn sở hữu một số vật dụng nhất định, ví dụ như bộ phận giả.

Trong phần này, chúng tôi thảo luận về DME quý vị thuê. Là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị thường sẽ **không** sở hữu DME, bất kể quý vị thuê trong bao lâu.

Trong một số trường hợp hạn chế nhất định, Blue Shield TotalDual Plan có thể chuyển quyền sở hữu thiết bị DME cho quý vị tùy thuộc vào việc quý vị có đáp ứng một hoặc tất cả các tiêu chí sau hay không:

- Quý vị tiếp tục có nhu cầu y tế đối với các vật dụng có giá dưới \$150 và/hoặc máy bơm tiêm/truyền
- Chứng nhận của bác sĩ
- Nếu thiết bị hoặc dụng cụ đó được sản xuất phù hợp với quý vị

Hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng để tìm hiểu về các yêu cầu quý vị phải đáp ứng và các giấy tờ mà quý vị cần cung cấp.

Ngay cả khi quý vị đã có DME tối đa 12 tháng liên tiếp theo Medicare trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ **không** sở hữu thiết bị này.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

L2. Quyền sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare

Trong chương trình Original Medicare, những người thuê một số loại DME nhất định sẽ sở hữu thiết bị sau 13 tháng. Trong chương trình Medicare Advantage (MA), chương trình có thể ấn định số tháng mọi người phải thuê một số loại DME nhất định trước khi sở hữu thiết bị.

Lưu ý: Quý vị có thể tìm thấy định nghĩa về các chương trình Original Medicare và MA trong Chương 12. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin về chúng trong sổ tay *Medicare & Quý vị 2025*. Nếu quý vị không có một bản sao của sổ tay này, quý vị có thể lấy từ trang web của Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Nếu Medi-Cal không được chọn, quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán liên tiếp trong Original Medicare, hoặc quý vị sẽ phải thực hiện số khoản thanh toán liên tiếp do chương trình MA quy định, để sở hữu thiết bị DME nếu:

- quý vị không trở thành chủ sở hữu DME trong khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi, và
- quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và nhận các quyền lợi Medicare bên ngoài bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe nào thuộc chương trình Original Medicare hoặc chương trình MA.

Nếu quý vị đã thanh toán cho thiết bị DME trong Original Medicare hoặc chương trình MA trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, **thì các khoản thanh toán đó trong chương trình Original Medicare hoặc MA sẽ không được tính vào các khoản thanh toán quý vị cần thực hiện sau khi rời khỏi chương trình của chúng tôi.**

- Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán mới liên tiếp trong Original Medicare hoặc một số khoản thanh toán mới liên tiếp do chương trình MA quy định để sở hữu thiết bị DME.
- Không có ngoại lệ đối với trường hợp này khi quý vị quay trở lại chương trình Original Medicare hoặc MA.

L3. Quyền lợi về thiết bị tạo oxy cho hội viên chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận thiết bị tạo oxy được Medicare bảo hiểm và quý vị là hội viên trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi bảo hiểm:

- thuê thiết bị tạo oxy
- cung cấp oxy và hàm lượng oxy

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- ống và các phụ kiện liên quan để cung cấp oxy và hàm lượng oxy
- bảo trì và sửa chữa thiết bị tạo oxy

Thiết bị tạo oxy phải được trả lại khi không còn cần thiết về mặt y tế đối với quý vị hoặc nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi.

L4. Thiết bị tạo oxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc chương trình Medicare Advantage (MA) khác

Khi thiết bị tạo oxy cần thiết về mặt y tế và **quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và chuyển sang Original Medicare**, quý vị sẽ thuê thiết bị từ một nhà cung cấp trong 36 tháng. Khoản thanh toán tiền thuê hàng tháng của quý vị bao gồm thiết bị tạo oxy cũng như các vật tư và dịch vụ được liệt kê ở trên.

Nếu thiết bị tạo oxy cần thiết về mặt y tế **sau khi quý vị thuê thiết bị trong 36 tháng**, nhà cung cấp của quý vị phải cung cấp:

- thiết bị tạo oxy, vật tư và dịch vụ trong 24 tháng nữa
- thiết bị tạo oxy và vật tư lên tới 5 năm nếu cần thiết về mặt y tế

Nếu thiết bị tạo oxy vẫn cần thiết về mặt y tế **vào cuối thời hạn 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 sẽ cung cấp thiết bị tạo oxy, vật tư và dịch vụ trong 24 tháng nữa.
- Một chu kỳ mới sẽ bắt đầu 5 năm một lần khi thiết bị tạo oxy vẫn cần thiết về mặt y tế.

Khi thiết bị tạo oxy cần thiết về mặt y tế và **quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và chuyển sang một chương trình MA khác**, chương trình sẽ bảo hiểm ít nhất bằng những gì Original Medicare bảo hiểm. Quý vị có thể hỏi chương trình MA mới của mình xem chương trình này bảo hiểm cho những thiết bị tạo oxy và vật tư nào và chi phí của quý vị sẽ là bao nhiêu.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Chương 4: Bảng Quyền lợi

Giới thiệu

Chương này cho quý vị biết về các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi bảo hiểm và mọi hạn chế hoặc giới hạn đối với các dịch vụ đó và số tiền quý vị phải trả cho mỗi dịch vụ. Chương này cũng cho quý vị biết về các quyền lợi không được chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Cẩm Nang Hội Viên*.

Hội viên mới với chương trình Blue Shield TotalDual Plan: Trong hầu hết các trường hợp, quý vị sẽ được đăng ký tham gia Blue Shield TotalDual Plan cho các quyền lợi Medicare của quý vị vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị yêu cầu đăng ký tham gia Blue Shield TotalDual Plan. Quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ Medi-Cal từ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medi-Cal trước đây của mình thêm một tháng nữa. Sau đó, quý vị sẽ nhận được các dịch vụ Medi-Cal của mình thông qua chương trình Blue Shield TotalDual Plan. Sẽ không có giai đoạn không có bảo hiểm trong bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711) nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào.

Mục lục

A. Các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị và chi phí tự trả của quý vị.....	77
B. Các nguyên tắc không cho phép nhà cung cấp tính phí dịch vụ cho quý vị.....	77
C. Giới thiệu về Bảng Quyền lợi trong chương trình của chúng tôi.....	77
D. Bảng Quyền lợi trong chương trình của chúng tôi	80
E. Bảng thủ thuật quyền lợi nha khoa được bảo hiểm	137
F. Hỗ trợ cộng đồng	145
G. Các quyền lợi được bảo hiểm bên ngoài chương trình của chúng tôi	148
G1. Chuyển tiếp cộng đồng California (CCT).....	148
G2. Nha khoa Medi-Cal.....	149
G3. Chăm sóc giai đoạn cuối đời	149
G4. Dịch vụ trợ giúp tại nhà (IHSS).....	150

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



G5. Chương trình Miễn trừ Dịch vụ tại Nhà và Cộng đồng (HCBS) 1915(c)	151
G6. Dịch vụ Sức khỏe Hành vi của Quận được cung cấp bên ngoài Chương trình của chúng tôi (Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần và Rối loạn Sử dụng Chất kích thích)	154
H. Các quyền lợi không được chương trình của chúng tôi, Medicare hoặc Medi-Cal bảo hiểm	157



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 phải trả cho mỗi dịch vụ. Quý vị cũng có thể tìm hiểu về các dịch vụ không được bảo hiểm. Thông tin về quyền lợi thuộc có trong **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên*. Chương này cũng giải thích các giới hạn đối với một số dịch vụ.

Đối với một số dịch vụ, quý vị sẽ phải chịu chi phí tự trả hay còn gọi là khoản đồng trả. Đây là khoản cố định (ví dụ: \$5) mà quý vị phải thanh toán mỗi khi nhận dịch vụ đó. Quý vị thanh toán khoản đồng trả tại thời điểm quý vị nhận dịch vụ y tế.

Vì quý vị nhận hỗ trợ từ Medi-Cal, quý vị không phải trả gì cho các dịch vụ được bảo hiểm của mình miễn là quý vị tuân theo các quy tắc của chương trình chúng tôi. Tham khảo **Chương 3** trong Cẩm nang Hội viên để biết chi tiết về các quy tắc của chương trình.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hiểu rõ những dịch vụ nào được bảo hiểm, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị và/hoặc bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711).

B. Các nguyên tắc không cho phép nhà cung cấp tính phí dịch vụ cho quý vị

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp dịch vụ của chúng tôi tính phí cho quý vị đối với các dịch vụ được bảo hiểm trong hệ thống. Chúng tôi thanh toán trực tiếp cho các nhà cung cấp dịch vụ và chúng tôi không để quý vị bị tính bất kỳ chi phí nào. Điều này đúng ngay cả khi chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ ít hơn số tiền mà nhà cung cấp dịch vụ tính phí cho dịch vụ.

Quý vị sẽ không bao giờ nhận hóa đơn từ nhà cung cấp dịch vụ cho các dịch vụ được bảo hiểm. Nếu có, hãy tham khảo **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên* hoặc gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng.

C. Giới thiệu về Bảng Quyền lợi trong chương trình của chúng tôi

Bảng Quyền lợi cho quý vị biết các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi chi trả. Bảng này liệt kê các dịch vụ được bảo hiểm theo thứ tự bảng chữ cái và giải thích chúng.

Chúng tôi sẽ thanh toán các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi khi các quy tắc sau được đáp ứng. Quý vị **không** thanh toán bất kỳ khoản nào cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi, miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu được mô tả dưới đây.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Chúng tôi cung cấp các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal bảo hiểm theo các quy tắc do Medicare và Medi-Cal thiết lập.
- Các dịch vụ bao gồm dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ điều trị lạm dụng chất kích thích và chăm sóc sức khỏe hành vi, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, các nguồn vật tư, thiết bị và thuốc phải là "cần thiết về mặt y tế." Cần thiết về mặt y tế mô tả các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc mà quý vị cần để ngăn ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị một tình trạng y tế hoặc duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Các dịch vụ này bao gồm dịch vụ chăm sóc giúp quý vị tránh phải vào bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng. Điều này cũng có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn hành nghề y tế được chấp thuận. Một dịch vụ là cần thiết về mặt y tế khi hợp lý và cần thiết để bảo vệ tính mạng, ngăn ngừa bệnh tật nghiêm trọng hoặc tình trạng khuyết tật nghiêm trọng hoặc để giảm bớt cơn đau trầm trọng.
- Đối với những người mới tham gia, chương trình phải cung cấp thời gian chuyển tiếp tối thiểu 90 ngày, trong thời gian đó chương trình MA mới có thể không cần sự chấp thuận trước cho bất kỳ quá trình điều trị tích cực nào, ngay cả khi quá trình điều trị là cho một dịch vụ đã bắt đầu với một nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống.
- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống. Nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống là nhà cung cấp dịch vụ làm việc với chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống sẽ không được bảo hiểm trừ khi đó là trường hợp cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết hoặc trừ khi chương trình của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống đã giới thiệu cho quý vị. **Chương 3** trong *Cẩm Nang Hội Viên* của quý vị có thêm thông tin về việc sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống và ngoài hệ thống.
- Quý vị có bác sĩ chăm sóc chính (PCP) hoặc một nhóm chăm sóc đang cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Trong hầu hết các trường hợp, PCP của quý vị phải chấp thuận cho quý vị trước khi quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp dịch vụ không phải là PCP của quý vị hoặc sử dụng nhà cung cấp dịch vụ khác trong hệ thống của chương trình. Sự chấp thuận này được gọi là giới thiệu. **Chương 3** trong *Cẩm Nang Hội Viên* có thêm thông tin về việc xin giới thiệu và khi nào quý vị **không** cần giới thiệu.
- Chúng tôi chỉ bảo hiểm cho một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác trong hệ thống được chúng tôi chấp thuận trước. Đây được gọi là sự chấp thuận trước (PA). Chúng tôi đánh dấu các dịch vụ được bảo hiểm trong Bảng Quyền lợi cần PA bằng chữ in nghiêng.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Nếu chương trình của quý vị cung cấp sự chấp thuận cho một yêu cầu PA cho một quá trình điều trị, sự chấp thuận phải có hiệu lực khi hợp lý và cần thiết về mặt y tế để tránh gián đoạn dịch vụ chăm sóc dựa trên tiêu chí bảo hiểm, lịch sử y tế của quý vị và các khuyến nghị của nhà cung cấp dịch vụ điều trị.
- Nếu quý vị mất các quyền lợi Medi-Cal của mình, trong khoảng thời gian 6 tháng kể từ khi được coi là đủ điều kiện liên tục, các quyền lợi Medicare của quý vị trong chương trình này sẽ tiếp tục. Tuy nhiên, dịch vụ Medi-Cal của quý vị có thể không được bảo hiểm. Liên hệ với văn phòng phụ trách tính hội đủ điều kiện của quận hoặc Health Care Options để biết thông tin về tính hội đủ điều kiện tham gia Medi-Cal của quý vị. Quý vị có thể giữ các quyền lợi Medicare của mình, nhưng không phải các quyền lợi Medi-Cal của quý vị.
- Blue Shield TotalDual Plan đã được chấp thuận để cung cấp một số quyền lợi nhất định và khoản đồng trả Phần D thấp hơn trong phạm vi chương trình Thiết kế bảo hiểm dựa trên giá trị (VBID). Nếu quý vị nhận “Trợ giúp bổ túc”, quý vị có thể tiếp cận tất cả các quyền lợi được cung cấp trong phạm vi chương trình VBID và quý vị sẽ không phải trả gì cho thuốc theo toa được bảo hiểm Phần D. Để biết thêm thông tin về các quyền lợi VBID được cung cấp, hãy xem Mô hình thiết kế bảo hiểm dựa trên giá trị trong **Chương 4, Phần D** và xem **Chương 6, Phần C** để biết thông tin về cách VBID giúp loại bỏ khoản chi phí cùng trả cho thuốc Phần D.
 - Vì Blue Shield TotalDual Plan tham gia chương trình VBID, quý vị cũng sẽ nhận được thông tin và hỗ trợ về các nguồn lực Lập kế hoạch chăm sóc trước (ACP) từ Điều phối viên chăm sóc hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị trong lần thăm khám sức khỏe định kỳ hàng năm hoặc các lần thăm khám định kỳ khác.
 - Lập kế hoạch chăm sóc trước (ACP) giúp quý vị chuẩn bị cho tương lai và nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định, điều đó sẽ giúp đảm bảo mong muốn của quý vị được tuân thủ. ACP có thể bao gồm hoàn thành Chỉ thị trước, xác định ủy quyền chăm sóc sức khỏe, hoàn thành di chúc sống, mệnh lệnh y tế, v.v.
 - Để biết thêm thông tin về các dịch vụ ACP, hãy liên hệ với Điều phối viên chăm sóc Blue Shield của quý vị theo số 1-888-548-5765, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu hoặc nói chuyện với bác sĩ của quý vị trong lần thăm khám tiếp theo.

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



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

D. Bảng Quyền lợi trong chương trình của chúng tôi

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán		Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
	Khám sàng lọc chứng phình động mạch chủ ở bụng Chúng tôi thanh toán chi phí khám sàng lọc bằng siêu âm một lần cho những người có nguy cơ mắc bệnh. Chương trình chỉ bảo hiểm cho lần khám sàng lọc này nếu quý vị có một số yếu tố nguy cơ và nếu quý vị nhận được giấy giới thiệu cho lần khám sàng lọc này từ bác sĩ, trợ lý bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng hoặc bác sĩ chuyên khoa điều dưỡng lâm sàng.	\$0
	Châm cứu Chúng tôi thanh toán tối đa hai lần châm cứu ngoại trú trong một tháng theo lịch bất kỳ hoặc thường xuyên hơn nếu chúng cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng thanh toán cho tối đa 12 lần khám châm cứu trong 90 ngày nếu quý vị bị đau thắt lưng dưới mạn tính, được định nghĩa là: • kéo dài 12 tuần hoặc lâu hơn; • không cụ thể (không có nguyên nhân toàn thân có thể xác định được, 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 việc mang thai. Ngoài ra, chúng tôi sẽ thanh toán thêm tám buổi châm cứu cho chứng đau thắt lưng mạn tính nếu quý vị thấy có sự cải thiện. Quý vị không thể nhận quá 20 lần điều trị châm cứu cho chứng đau thắt lưng mạn tính mỗi năm. Việc điều trị châm cứu phải dừng lại nếu quý vị không thấy khá hơn hoặc nếu tình trạng trở nên tồi tệ hơn. Quyền lợi được cung cấp thông qua hợp đồng với American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Để biết thêm thông tin hoặc tìm nhà cung cấp dịch vụ tham gia ASH Plans, quý vị có thể gọi cho ASH Plans theo số (800) 678-9133 <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán		Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
	Châm cứu (tiếp theo) [TTY:711], thứ Hai đến thứ Sáu, 5 giờ sáng đến 8 giờ tối, ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9 và Chủ nhật đến thứ Bảy, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan hoặc truy cập blueshieldca.com/find-a-doctor để tìm nhà cung cấp dịch vụ có tham gia ASH Plans..	
	Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa bổ sung* Teladoc cung cấp dịch vụ tư vấn của bác sĩ qua điện thoại hoặc video 24/7/365. Bác sĩ Teladoc có thể chẩn đoán và điều trị các tình trạng y tế cơ bản và cũng có thể kê toa một số loại thuốc. Teladoc là một dịch vụ bổ sung không có mục đích thay thế dịch vụ chăm sóc từ bác sĩ chăm sóc chính của quý vị. Vui lòng đăng nhập vào blueshieldca.com/teladoc hoặc ứng dụng Blue Shield of California để yêu cầu thăm khám. Nếu 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 một ngày, 7 ngày mỗi tuần, 365 ngày mỗi năm. *Các dịch vụ không áp dụng cho giới hạn tự trả tối đa của chương trình.	\$0
	Khám sàng lọc và tư vấn về lạm dụng rượu Chúng tôi thanh toán cho một lần khám sàng lọc lạm dụng rượu (SABIRT) đối với người lớn lạm dụng rượu nhưng không nghiện rượu. Trường hợp này bao gồm cả phụ nữ có thai. Nếu kết quả khám sàng lọc của quý vị dương tính với lạm dụng rượu thì quý vị có thể nhận được tối đa bốn buổi tư vấn ngắn trực tiếp mỗi năm (nếu quý vị có khả năng và tình táo trong suốt thời gian tư vấn) với bác sĩ chăm sóc chính (PCP) hoặc bác sĩ có trình độ tại cơ sở chăm sóc chính.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán		Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ xe cứu thương Dịch vụ xe cứu thương được bảo hiểm, cho dù là trường hợp cấp cứu hay không cấp cứu, bao gồm phương tiện vận chuyển mặt đất và trên không (máy bay và trực thăng). Xe cứu thương sẽ đưa quý vị tới địa điểm gần nhất có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Tình trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng đến mức các cách thức chuyên chở khác để đến địa điểm chăm sóc có thể gây rủi ro cho tính mạng hoặc sức khỏe của quý vị. Các dịch vụ xe cứu thương trong các trường hợp khác (không phải là trường hợp cấp cứu) phải được chúng tôi chấp thuận. Trong các trường hợp không phải là cấp cứu, chúng tôi có thể chi trả phí xe cứu thương. Tình trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng đến mức các cách thức chuyên chở khác để đến địa điểm chăm sóc có thể gây rủi ro cho tính mạng hoặc sức khỏe của quý vị. <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	\$0
	Khám sức khỏe hàng năm Quý vị được bảo hiểm cho một lần khám sức khỏe định kỳ trong 12 tháng bên cạnh việc khám sức khỏe hàng năm. Chuyến thăm khám này bao gồm đánh giá toàn diện về tiền sử gia đình và y tế của quý vị, đánh giá chi tiết toàn thân và các dịch vụ, giới thiệu và đề xuất khác có thể phù hợp.	\$0
	Thăm khám sức khỏe định kỳ hàng năm Quý vị có thể được khám sức khỏe hàng năm. Dịch vụ này nhằm thiết lập hoặc cập nhật chương trình phòng ngừa dựa trên các yếu tố nguy cơ hiện tại của quý vị. Chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ này 12 tháng một lần. Lưu ý: Quý vị không được đi khám sức khỏe định kỳ hàng năm lần đầu tiên trong vòng 12 tháng kể từ lần thăm khám Chào mừng đến với Medicare của quý vị. Tuy nhiên, quý vị không cần phải có lần khám Chào mừng đến với Medicare để được nhận các lần khám sức khỏe định kỳ hàng năm sau khi quý vị đã có Phần B trong 12 tháng.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán		Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ phòng ngừa hen suyễn Quý vị có thể được hướng dẫn về bệnh hen suyễn và đánh giá môi trường gia đình để tìm ra các tác nhân thường thấy trong nhà đối với những người mắc bệnh hen suyễn được kiểm soát kém.	\$0
	Đo lường khối lượng xương Chúng tôi sẽ chi trả cho một số thủ thuật nhất định đối với hội viên đủ điều kiện (thông thường là những người có nguy cơ bị mất khối lượng xương hoặc có nguy cơ mắc chứng loãng xương). Những thủ thuật này xác định khối lượng xương, phát hiện tình trạng mất xương hoặc xác định chất lượng xương. Chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ này 24 tháng một lần hoặc thường xuyên hơn nếu chúng cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng sẽ chi trả cho bác sĩ xem xét và nhận xét về kết quả.	\$0
	Khám sàng lọc ung thư vú (chụp quang tuyến vú) Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: - một lần chụp quang tuyến vú cơ bản cho những người ở độ tuổi từ 35 đến 39 - một lần chụp quang tuyến vú sàng lọc trong 12 tháng đối với phụ nữ từ 40 tuổi trở lên - khám vú lâm sàng 24 tháng một lần	\$0
	Dịch vụ phục hồi chức năng tim Chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim, chẳng hạn như tập thể dục, giáo dục và tư vấn. Hội viên phải đáp ứng một số điều kiện và có giấy giới thiệu của bác sĩ. Chúng tôi cũng bảo hiểm cho các chương trình phục hồi chức năng tim tích cực mà thường có cường độ cao hơn các chương trình phục hồi chức năng tim. <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán		Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
	Thăm khám để giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch (liệu pháp cho bệnh tim) Chúng tôi chi trả cho một lần thăm khám mỗi năm hoặc nhiều hơn nếu cần thiết về mặt y tế, với bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của quý vị để giúp giảm nguy cơ mắc bệnh tim. Trong lần thăm khám, bác sĩ của quý vị có thể: - thảo luận về việc sử dụng aspirin, - kiểm tra huyết áp của quý vị, và/hoặc - cho quý vị lời khuyên để đảm bảo rằng quý vị ăn uống tốt.	\$0
	Xét nghiệm về bệnh tim mạch Chúng tôi chi trả cho các xét nghiệm máu để kiểm tra xem có mắc bệnh tim mạch hay không năm năm (60 tháng) một lần. Các xét nghiệm máu này cũng kiểm tra xem có các khuyết tật do nguy cơ cao mắc bệnh tim hay không.	\$0
	Khám sàng lọc ung thư âm đạo và cổ tử cung Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: - đối với tất cả phụ nữ: Xét nghiệm Pap và khám khung xương chậu 24 tháng một lần - đối với phụ nữ có nguy cơ cao mắc ung thư âm đạo hoặc cổ tử cung: xét nghiệm Pap 12 tháng một lần - đối với phụ nữ có kết quả xét nghiệm Pap không bình thường trong ba năm qua và đang trong độ tuổi sinh đẻ: xét nghiệm Pap 12 tháng một lần - dành cho phụ nữ từ 30-65 tuổi: xét nghiệm siêu vi Papilloma ở người (HPV) hoặc xét nghiệm Pap cùng với HPV 5 năm một lần	\$0
	Dịch vụ chỉnh hình (được Medicare bảo hiểm) Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: nắn cột sống bằng tay để khắc phục tình trạng trật khớp nhẹ	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



	Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ chỉnh hình (không được Medicare bảo hiểm) Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm: - khám ban đầu và tiếp theo - thăm khám tại phòng mạch và điều chỉnh chỉnh hình - liệu pháp hỗ trợ - quang tuyến X (chỉ dành cho chỉnh hình) 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 tìm nhà cung cấp dịch vụ có tham gia ASH Plans, quý vị có thể gọi cho ASH Plans theo số (800) 678-9133 [TTY: 711], thứ Hai đến thứ Sáu, 5 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9 và Chủ Nhật đến thứ Bảy, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan hoặc truy cập blueshieldca.com/find-a-doctor để tìm nhà cung cấp dịch vụ có tham gia ASH Plans. *Các dịch vụ không áp dụng cho giới hạn tự trả tối đa của chương trình.	\$0 (bảo hiểm được giới hạn tối đa 12 lần thăm khám mỗi năm đối với các dịch vụ không được Medicare bảo hiểm).
	Khám sàng lọc ung thư đại trực tràng Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: - Nội soi đại tràng không có giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được bảo hiểm 120 tháng một lần (10 năm) đối với những bệnh nhân không có nguy cơ cao hoặc 48 tháng sau lần soi đoạn cuối ruột già bằng ống mềm trước đó đối với những bệnh nhân không có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng và 24 tháng một lần đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao sau khi nội soi đại tràng sàng lọc trước đó hoặc thực bari. - Nội soi đoạn cuối ruột già bằng ống mềm dành cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 120 tháng một lần đối với những bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân được nội soi đại tràng sàng lọc. 48 tháng một lần đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao từ lần nội soi đoạn cuối ruột già bằng ống mềm hoặc thực bari cuối cùng. <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Khám sàng lọc ung thư đại trực tràng (tiếp theo) - Xét nghiệm máu ẩn trong phân sàng lọc cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 12 tháng một lần. - Xét nghiệm tìm DNA trong phân đa mục tiêu dành cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng tiêu chí nguy cơ cao. 3 năm một lần. - Xét nghiệm dấu ấn sinh học dựa trên máu dành cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng tiêu chí rủi ro cao. 3 năm một lần. - Thụt bari như một giải pháp thay thế cho nội soi đại tràng cho những bệnh nhân có nguy cơ cao và 24 tháng kể từ lần thụt bari sàng lọc cuối cùng hoặc lần nội soi đại tràng sàng lọc cuối cùng. - Thụt bari như một giải pháp thay thế cho nội soi đoạn cuối ruột già bằng ống mềm cho những bệnh nhân không có nguy cơ cao và từ 45 tuổi trở lên. Ít nhất 48 tháng một lần sau lần thụt bari sàng lọc cuối cùng hoặc nội soi đoạn cuối ruột già bằng ống mềm sàng lọc. Các xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi đại tràng sàng lọc tiếp sau khi xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng dựa trên phân không xâm lấn được Medicare bảo hiểm cho kết quả dương tính.	
Dịch vụ người lớn dựa trên cộng đồng (CBAS) CBAS là một chương trình dịch vụ tại cơ sở ngoại trú nơi mọi người tham gia theo một lịch trình. Chương trình cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, các dịch vụ xã hội, các biện pháp trị liệu (bao gồm chức năng hoạt động, vật lý và âm ngữ trị liệu), dịch vụ chăm sóc cá nhân, dịch vụ đào tạo và hỗ trợ gia đình/người chăm sóc, các dịch vụ dinh dưỡng, chuyên chở và các dịch vụ khác. Chúng tôi sẽ thanh toán cho CBAS nếu quý vị đáp ứng được tiêu chí về tính hội đủ điều kiện. Lưu ý: Nếu không có cơ sở CBAS, chúng tôi có thể cung cấp riêng các dịch vụ này.	\$0

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Dịch vụ nha khoa Chúng tôi thanh toán cho một số dịch vụ nha khoa nhất định, bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở dịch vụ phục hồi có giới hạn (mão răng) và dịch vụ phục hình răng miệng (răng giả). Những gì chúng tôi không bảo hiểm sẽ được cung cấp thông qua Nha khoa Medi-Cal, được mô tả ở mục G2 bên dưới. Chúng tôi thanh toán cho một số dịch vụ nha khoa khi dịch vụ đó là một phần không thể thiếu trong quá trình điều trị dành riêng cho một tình trạng y tế chính của người thụ hưởng. Một số ví dụ bao gồm tái tạo hàm sau gãy xương hoặc chấn thương, nhổ răng để chuẩn bị xạ trị cho bệnh ung thư liên quan đến hàm hoặc khám răng miệng trước khi ghép thận. Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (như làm sạch răng, khám răng định kỳ và chụp quang tuyến X nha khoa) không được Original Medicare bảo hiểm. Tuy nhiên, Medicare hiện thanh toán cho các dịch vụ nha khoa trong một số trường hợp có giới hạn, cụ thể là khi dịch vụ đó là một phần không thể thiếu trong quá trình điều trị dành riêng cho một tình trạng y tế chính của người thụ hưởng. Một số ví dụ bao gồm tái tạo hàm sau gãy xương hoặc chấn thương, nhổ răng để chuẩn bị xạ trị cho bệnh ung thư liên quan đến hàm hoặc khám răng miệng trước khi ghép thận. Ngoài ra, chúng tôi còn bảo hiểm một số dịch vụ nha khoa toàn diện*. <i>Bảng thủ thuật quyền lợi nha khoa</i> (nằm trong chương này tiếp sau Bảng quyền lợi y tế) cho thấy các thủ thuật nha khoa cụ thể được quyền lợi này bảo hiểm. Các thủ thuật được liệt kê là những quyền lợi được bảo hiểm khi được cung cấp bởi nha sĩ được cấp phép trong hệ thống và khi cần thiết, theo thông lệ được xác định theo các tiêu chuẩn hành nghề nha khoa được chấp nhận rộng rãi. Thông tin về cách tiếp cận các dịch vụ được bảo hiểm nằm ở phần tiếp theo <i>Bảng thủ thuật quyền lợi nha khoa</i>.	Quý vị trả \$0 cho các dịch vụ được bảo hiểm (khi nhận được từ nha sĩ trong hệ thống). Đối với các dịch vụ nha khoa được Medicare bảo hiểm, vui lòng xem các dịch vụ của Bác sĩ/Chuyên viên, bao gồm phần thăm khám tại phòng mạch của bác sĩ trong Bảng quyền lợi y tế. Đối với các dịch vụ nha khoa không được Medicare bảo hiểm, vui lòng xem Bảng thủ thuật quyền lợi nha khoa. Bảng này bao gồm danh sách các thủ thuật nha khoa được bảo hiểm, số tiền quý vị phải trả cho

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



	Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
	Không phải tất cả các dịch vụ được bảo hiểm đều có thể phù hợp với tất cả mọi người. Quý vị nên tham khảo nha sĩ trong hệ thống của mình để xác định cách chăm sóc thích hợp cho quý vị. Giới hạn quyền lợi, sự chấp thuận trước và/hoặc giấy giới thiệu có thể áp dụng cho một số dịch vụ nha khoa nhất định. * Các dịch vụ không áp dụng cho giới hạn tự trả tối đa của chương trình. Ngoài ra, với tư cách là hội viên đủ điều kiện kép, Medi-Cal (Medicaid) bảo hiểm cho một số dịch vụ nha khoa. Một số dịch vụ nha khoa được cung cấp thông qua Nha khoa Medi-Cal. Thông tin thêm có trên trang web SmileCalifornia.org. Nha khoa Medi-Cal bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở các dịch vụ như: • khám ban đầu, chụp X-quang, làm sạch và điều trị bằng florua • phục hồi và mào răng • liệu pháp chữa ống tủy chân răng • răng giả một phần và toàn bộ, điều chỉnh, sửa chữa và gắn lại Để biết thêm thông tin về các quyền lợi nha khoa có trong Nha khoa Medi-Cal hoặc nếu quý vị cần trợ giúp tìm nha sĩ chấp nhận Medi-Cal, hãy liên hệ với đường dây dịch vụ khách hàng theo số 1-800-322-6384 (người dùng TTY gọi 1-800-735-2922). Cuộc gọi này miễn phí. Đại diện Nha khoa Medi-Cal sẵn sàng hỗ trợ quý vị từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu. Quý vị cũng có thể truy cập trang web tại smilecalifornia.org/ để biết thêm thông tin.	mỗi thủ thuật và bất kỳ giới hạn quyền lợi nào. Quý vị trả \$0 cho các dịch vụ được bảo hiểm khi nhận được từ nha sĩ trong hệ thống. Đối với các dịch vụ nha khoa được Medi-Cal (Medicaid) bảo hiểm, hãy xem <i>Cẩm Nang Hội Viên Nha khoa Medi-Cal</i> có trên trang web Nha khoa Medi-Cal tại smilecalifornia.org/. Quý vị trả \$0 cho các dịch vụ nha khoa được bảo hiểm.
	Khám sàng lọc bệnh trầm cảm Chúng tôi thanh toán cho dịch vụ khám sàng lọc bệnh trầm cảm hàng năm. Việc khám sàng lọc này phải được thực hiện tại cơ sở chăm sóc chính có khả năng cung cấp phương pháp điều trị theo dõi và/hoặc giấy giới thiệu.	\$0

	Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
	Khám sàng lọc bệnh tiểu đường Chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ khám sàng lọc này (bao gồm cả xét nghiệm đường huyết lúc đói) nếu quý vị có bất kỳ nguy cơ nào trong các nguy cơ sau đây: • huyết áp cao • tiền sử nồng độ cholesterol và triglyceride bất thường (chứng rối loạn lipid máu) • chứng béo phì • tiền sử đường huyết cao (glucose) Các xét nghiệm có thể được bảo hiểm trong một số trường hợp khác, ví dụ nếu quý vị đang bị thừa cân và có tiền sử tiểu đường trong gia đình. Quý vị có thể đủ điều kiện nhận tối đa hai lần khám sàng lọc bệnh tiểu đường trong 12 tháng sau ngày xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường gần đây nhất của mình.	\$0
	Huấn luyện cách tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và vật tư Chúng tôi sẽ chi trả cho những dịch vụ sau đây cho tất cả những người mắc bệnh tiểu đường (dù có sử dụng insulin hay không): • Vật tư để theo dõi lượng đường trong máu, bao gồm: ○ máy đo đường huyết ○ que thử lượng đường trong máu ○ thiết bị chích và lưỡi chích ○ các dung dịch đường glucose đối chứng để kiểm tra độ chính xác của que thử và máy đo • Đối với người mắc bệnh tiểu đường và bệnh về chân nghiêm trọng do tiểu đường, chúng tôi sẽ chi trả những thứ sau đây: <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0 Để tìm hiểu về máy đo đường huyết, vui lòng xem phần “Thiết bị y tế lâu bền (DME) và vật tư liên quan” bên dưới.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Huấn luyện cách tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và vật tư (tiếp theo) ○ một đôi giày liệu pháp với khuôn đặt riêng (bao gồm lót giày), bao gồm cả đồ gá lắp và hai cặp lót giày bổ sung cho mỗi năm theo lịch, hoặc ○ một đôi giày đế sâu, bao gồm cả đồ gá lắp và ba cặp lót giày mỗi năm (không bao gồm lót giày có thể tháo bỏ không tùy chỉnh đi kèm với đôi giày đó) • Trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ chi trả cho dịch vụ huấn luyện giúp quý vị kiểm soát bệnh tiểu đường của mình. Để tìm hiểu thêm, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng. Đối với que thử và máy đo đường huyết, nhà sản xuất được ưu tiên là Abbott. Máy đo đường huyết và que thử FreeStyle® (của Abbott) sẽ không yêu cầu bác sĩ của quý vị phải có sự chấp thuận trước (đôi khi được gọi là “sự cho phép trước”) từ chương trình. Máy đo đường huyết và que thử từ tất cả các nhà sản xuất khác sẽ yêu cầu bác sĩ của quý vị phải có sự chấp thuận trước (đôi khi được gọi là “sự cho phép trước”) từ chương trình. <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	
Dịch vụ Doula (đồng hành và hỗ trợ sinh nở) Đối với những người đang mang thai, chúng tôi thanh toán chín lần thăm khám với doula trong giai đoạn tiền sản và sau sinh cũng như hỗ trợ trong quá trình chuyển dạ và sinh nở.	\$0
Thiết bị y tế lâu bền (DME) và vật tư liên quan Tham khảo Chương 12 trong <i>Cẩm Nang Hội Viên</i> để biết định nghĩa về “Thiết bị y tế lâu bền (DME)”. Chúng tôi bảo hiểm cho các vật dụng sau: <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0 Máy đo đường huyết: \$0 cho máy đo đường huyết FreeStyle® và khoản đồng bảo hiểm 20% cho máy đo đường



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Thiết bị y tế lâu bền (DME) và vật tư liên quan (<i>tiếp theo</i>) • xe lăn, kể cả xe lăn điện • nạng • hệ thống nệm chạy điện • tấm áp lực khô cho nệm • vật tư bệnh tiểu đường • giường bệnh viện do nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu để sử dụng tại nhà • bơm và cột truyền tĩnh mạch (IV) • thiết bị tạo giọng nói • thiết bị tạo oxy và vật tư • máy khí dung • khung tập đi • tay cầm uốn cong tiêu chuẩn hoặc gậy chống bốn chân và vật tư thay thế • thiết bị kéo giãn cổ (gắn trên cửa) • máy kích thích xương • thiết bị chăm sóc thẩm tách máu Những vật dụng khác có thể được bảo hiểm. Chúng tôi thanh toán cho tất cả các DME cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal thường thanh toán. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi trong khu vực của quý vị không có một thương hiệu hoặc nhà sản xuất cụ thể, quý vị có thể hỏi họ xem liệu họ có thể đặt hàng đặc biệt về thiết bị đó cho quý vị hay không. <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	huyết từ tất cả các nhà sản xuất khác. Khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho bảo hiểm thiết bị tạo oxy Medicare là \$0, mỗi lần. Khoản chia sẻ chi phí của quý vị sẽ không thay đổi sau khi được đăng ký tham gia trong 36 tháng.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Chăm sóc cấp cứu Dịch vụ chăm sóc cấp cứu có nghĩa là các dịch vụ: • được cung cấp bởi một nhà cung cấp dịch vụ đã được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu, và • cần thiết để điều trị cho một trường hợp cấp cứu y tế. Trường hợp cấp cứu y tế là tình trạng y tế đau nặng hoặc thương tích nghiêm trọng. Tình trạng nghiêm trọng đến mức nếu không được chăm sóc y tế ngay lập tức, bất kỳ ai có kiến thức thông thường về sức khỏe và y tế đều có thể dự tính tình trạng này dẫn đến: • nguy cơ nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị hoặc của đứa con chưa chào đời của quý vị; hoặc • tổn hại nghiêm trọng đến các chức năng cơ thể; hoặc • rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào của cơ thể. • Trong trường hợp phụ nữ mang thai đang chuyển dạ, khi: ○ Không đủ thời gian để chuyển quý vị đến bệnh viện khác một cách an toàn trước khi sinh. ○ Việc chuyển đến một bệnh viện khác có thể gây ra mối đe dọa tới sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc thai nhi. Bảo hiểm trên toàn thế giới* Quý vị không có giới hạn tổng hợp hàng năm cho các dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp cần thiết bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ mỗi năm. *Các dịch vụ bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ không áp dụng cho giới hạn tự trả tối đa của chương trình.	\$0 Nếu quý vị được chăm sóc cấp cứu tại một bệnh viện ngoài hệ thống và cần chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị ổn định, quý vị phải quay lại bệnh viện trong hệ thống để dịch vụ chăm sóc của quý vị tiếp tục được thanh toán. Quý vị chỉ có thể ở lại bệnh viện ngoài hệ thống để được chăm sóc nội trú nếu chương trình của chúng tôi chấp thuận việc nằm viện của quý vị. 20% tiền đồng bảo hiểm cho bảo hiểm cấp cứu trên toàn thế giới (miễn tiền đồng bảo hiểm nếu nhập viện trong vòng một ngày cho cùng một tình trạng)



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình Pháp luật cho phép quý vị chọn bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào - dù là nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống hay nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Có nghĩa là bất kỳ bác sĩ, phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hoặc văn phòng kế hoạch hóa gia đình nào. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • khám và điều trị y tế về kế hoạch hóa gia đình • xét nghiệm chẩn đoán và xét nghiệm trong phòng thí nghiệm về kế hoạch hóa gia đình • các phương pháp kế hoạch hóa gia đình (IUC/IUD, cấy ghép, tiêm, miếng dán, vòng hoặc thuốc tránh thai) • vật tư cho kế hoạch hóa gia đình theo toa (bao cao su, miếng xóp tránh thai, bọt tránh thai, màng tránh thai, màng chắn tránh thai, mũ chụp tránh thai) • các dịch vụ sinh sản hạn chế như tư vấn và giáo dục về các kỹ thuật nhận thức về sinh sản và/hoặc tư vấn sức khỏe tiền sản, xét nghiệm và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) • tư vấn và xét nghiệm HIV, AIDS và các tình trạng khác liên quan đến HIV • tránh thai vĩnh viễn (Quý vị phải từ 21 tuổi trở lên mới được chọn phương pháp kế hoạch hóa gia đình này. Quý vị phải ký vào mẫu đơn chấp thuận triệt sản của liên bang ít nhất 30 ngày, nhưng không quá 180 ngày trước ngày phẫu thuật). • tư vấn về di truyền Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình khác. Tuy nhiên, quý vị phải đến khám với một nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống của chúng tôi để nhận những dịch vụ sau đây: <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán		Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình (tiếp theo) - điều trị những tình trạng y tế vô sinh (Dịch vụ này không bao gồm các biện pháp thụ tinh nhân tạo). - điều trị AIDS và các tình trạng khác có liên quan đến HIV - xét nghiệm di truyền	
	Các chương trình giáo dục về sức khỏe thể chất và tinh thần* Chúng tôi cung cấp nhiều chương trình tập trung vào một số tình trạng sức khỏe nhất định. Các chương trình này gồm có: - Các lớp học Giáo dục về sức khỏe; - Các lớp học Giáo dục về dinh dưỡng; - Cai thuốc lá và bỏ hút thuốc; và - Đường dây nóng về điều dưỡng Các chương trình giúp cho quý vị luôn khỏe mạnh. Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm: - Các tài liệu giáo dục về sức khỏe bằng văn bản, bao gồm bản tin - Các chương trình giáo dục Các chương trình giáo dục tập trung vào các tình trạng sức khỏe chẳng hạn như: - Huyết áp cao - Cholesterol - Bệnh hen suyễn - Chế độ ăn đặc biệt Các chương trình giáo dục được thiết kế để nâng cao sức khỏe và lối sống của quý vị, bao gồm: - Kiểm soát cân nặng cơ thể - Tập thể dục - Kiểm soát căng thẳng <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Các chương trình giáo dục về sức khỏe thể chất và tinh thần (tiếp theo) Y tá trợ giúp 24/7 Đối thoại trực tuyến riêng tư với một y tá chuyên nghiệp, 24 giờ mỗi ngày. Khi quý vị có mối lo ngại về y tế, một cuộc gọi đến đường dây nóng miễn phí của chúng tôi sẽ giúp quý vị liên lạc với một y tá chuyên nghiệp, người này sẽ lắng nghe những lo ngại của quý vị và giúp quý vị tìm ra giải pháp. Gọi 1-877-304-0504 (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Chương trình tập thể dục SilverSneakers® SilverSneakers có thể giúp quý vị sống một cuộc sống lành mạnh hơn, năng động hơn thông qua việc tập thể dục và kết nối xã hội. Quý vị được bảo hiểm cho quyền lợi tập thể dục thông qua SilverSneakers tại các địa điểm tham gia chương trình¹. Quý vị có quyền tiếp cận với những giảng viên dẫn dắt các lớp tập thể dục nhóm được thiết kế đặc biệt². Tại các địa điểm tham gia chương trình trên toàn quốc¹, quý vị có thể tham gia lớp học² cùng với sử dụng thiết bị tập thể dục và các tiện nghi khác. Ngoài ra, SilverSneakers FLEX® cung cấp cho quý vị các lựa chọn để vận 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 hệ thống hỗ trợ 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 quyền truy cập vào Stitch³, một trang mạng xã hội trực tuyến dành cho người cao tuổi, 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 quý vị. Truy cập Silversneakers.com để tìm hiểu thêm về quyền lợi của quý vị hoặc gọi tới số 1-888-423-4632 (TTY: 711) thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối giờ Miền Đông. <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Các chương trình giáo dục về sức khỏe thể chất và tinh thần (<i>tiếp theo</i>) Luôn trao đổi với bác sĩ của quý vị trước khi bắt đầu một chương trình tập thể dục. ¹Các địa điểm tham gia chương trình (“PL”) không thuộc sở hữu hoặc vận hành của Tivity Health, Inc. hoặc các chi nhánh của họ. Việc sử dụng các cơ sở vật chất và tiện nghi của PL được giới hạn theo các điều khoản và điều kiện của tư cách hội viên cơ bản PL. Cơ sở vật chất và tiện nghi thay đổi theo PL. ²Gói hội viên bao gồm các lớp thể dục nhóm do giáo viên giảng dạy SilverSneakers hướng dẫn. Một số địa điểm cung cấp cho hội viên các lớp học bổ sung. Các lớp học thay đổi theo địa điểm. ³Stitch là nhà cung cấp bên thứ ba và không thuộc sở hữu hoặc vận hành của Tivity Health hoặc các chi nhánh của họ. Hội viên SilverSneakers phải có dịch vụ internet để truy cập dịch vụ Stitch. Phí dịch vụ Internet sẽ do hội viên SilverSneakers chi trả. Hệ thống ứng phó cấp cứu dành cho cá nhân (PERS) – một hệ thống theo dõi cảnh báo y tế cung cấp truy cập hỗ trợ 24/7, chỉ bằng một nút ấn. Các quyền lợi PERS của quý vị do LifeStation® cung cấp và bao gồm: • Một hệ thống ứng phó cấp cứu dành cho cá nhân • Lựa chọn hệ thống tại nhà hoặc thiết bị di động có GPS/WiFi và phát hiện té ngã • Theo dõi hàng tháng • Bộ sạc và dây điện cần thiết Để đặt hàng PERS và bắt đầu nhận dịch vụ, hãy gọi cho đội ngũ phụ trách của LifeStation theo số 1-855-672-3269 (TTY: 711), thứ Hai đến thứ Sáu, 5 giờ sáng đến 6 giờ chiều theo giờ Thái Bình Dương và thứ Bảy, 6 giờ sáng đến 6 giờ chiều theo giờ Thái Bình Dương, hoặc truy cập blueshieldca.com/login. *Các dịch vụ không áp dụng cho giới hạn tự trả tối đa của chương trình.	



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Dịch vụ thính giác Chúng tôi thanh toán cho các kiểm tra thính giác và thính lực do nhà cung cấp dịch vụ của quý vị thực hiện. Những kiểm tra này cho quý vị biết liệu quý vị có cần điều trị y tế hay không. Chúng được bảo hiểm như dịch vụ chăm sóc ngoại trú khi quý vị nhận được từ một bác sĩ, nhà thính học hoặc nhà cung cấp dịch vụ đủ điều kiện khác. - Các đánh giá chẩn đoán thính giác và giữ thính bằng do PCP của quý vị thực hiện để xác định xem quý vị có cần biện pháp điều trị y tế hay không được bảo hiểm như dịch vụ chăm sóc ngoại trú khi được bác sĩ, chuyên gia thính học hoặc nhà cung cấp dịch vụ đủ điều kiện khác cung cấp. - Khám thính giác định kỳ (không được Medicare bảo hiểm)* - Máy trợ thính* - Quý vị có khoản trợ cấp hàng năm là \$1.500 cho tối đa hai máy trợ thính cũng như hai phụ kiện và đánh giá máy trợ thính (áp dụng kết hợp cho cả hai tai). Quý vị có thể nhận được những dịch vụ này tại nhà cung cấp dịch vụ trợ thính theo lựa chọn của mình. - Trợ cấp này không thể chuyển tiếp giữa các năm. Không thể kết hợp các khoản trợ cấp cho các dịch vụ trợ thính và Cửa hàng thực phẩm lành mạnh. Mỗi quyền lợi đều có một khoản trợ cấp riêng. Quý vị sẽ nhận được thư từ người quản lý quyền lợi kèm theo thẻ quyền lợi cá nhân của quý vị. Thư này sẽ cho quý vị biết thẻ của quý vị đã được nạp số tiền trợ cấp. Thông báo này cũng sẽ cung cấp thông tin về cách truy cập thêm chi tiết về quyền lợi qua điện thoại, trang web hoặc ứng dụng di động. <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0 cho mỗi lần khám thính giác chẩn đoán được Medicare bảo hiểm \$0 cho mỗi lần khám thính giác định kỳ (không được Medicare bảo hiểm) \$0, lên đến \$1.500 trợ cấp mỗi năm cho các dịch vụ trợ thính được bảo hiểm



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Dịch vụ thính giác (tiếp theo) Healthy Benefits+ là thẻ chi tiêu với các khoản trợ cấp theo quyền lợi được nạp sẵn trên thẻ để giúp thanh toán các vật dụng và dịch vụ được bảo hiểm. Nếu có thắc mắc về quyền lợi này, quý vị có thể gọi cho người quản lý quyền lợi theo số (855) 572-6341 [TTY: 771], 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương, Chủ Nhật đến thứ Bảy, ngày 1 tháng 10 đến Ngày 31 tháng 3, và thứ Hai đến thứ Sáu, ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9. Quý vị cũng có thể truy cập trực tuyến vào HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA để biết thêm chi tiết. *Các dịch vụ không áp dụng cho giới hạn tự trả của chương trình. Chúng tôi cũng thanh toán cho máy trợ thính khi được bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ đủ điều kiện khác chỉ định, bao gồm: • khuôn, vật tư và đệm lót • sửa chữa • bộ pin ban đầu • sáu lần thăm khám để đào tạo, điều chỉnh và lắp khít với cùng một nhà cung cấp sau khi quý vị đã nhận được máy trợ thính • thuê máy trợ thính trong giai đoạn dùng thử • thiết bị trợ thính, thiết bị trợ thính dẫn truyền qua xương đeo trên bề mặt • dịch vụ thính lực liên quan đến máy trợ thính và đánh giá sau đó	



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán		Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
	Khám sàng lọc HIV Chúng tôi thanh toán cho khám sàng lọc HIV 12 tháng một lần cho người: - yêu cầu khám sàng lọc HIV, hoặc - có nguy cơ cao nhiễm HIV. Đối với phụ nữ mang thai, chúng tôi thanh toán tối đa ba lần khám sàng lọc HIV trong suốt thai kỳ. Chúng tôi cũng thanh toán cho (các) lần khám sàng lọc HIV khác khi được nhà cung cấp dịch vụ của quý vị đề nghị.	\$0
	Dịch vụ chăm sóc của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà Trước khi quý vị có thể nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, bác sĩ phải báo cho chúng tôi biết quý vị cần những dịch vụ đó và các dịch vụ đó phải được một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà cung cấp. Quý vị phải có tình trạng không thể rời khỏi nhà, có nghĩa là việc rời khỏi nhà đối với quý vị là một vấn đề lớn. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và có thể cho các dịch vụ khác không được liệt kê dưới đây: - các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà bán thời gian hoặc không liên tục (để được bảo hiểm theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, tổng thời gian kết hợp cho các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại nhà của quý vị phải ít hơn 8 tiếng mỗi ngày và 35 tiếng mỗi tuần.) - vật lý trị liệu, trị liệu về chức năng hoạt động và trị liệu âm ngữ. - dịch vụ y tế và xã hội - thiết bị y tế và vật tư <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	\$0 cho mỗi lần thăm khám sức khỏe tại nhà được bảo hiểm

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Liệu pháp truyền dịch tại nhà Chương trình của chúng tôi thanh toán cho liệu pháp truyền dịch 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. Những điều sau đây là cần thiết để thực hiện truyền dịch tại nhà: - thuốc hoặc chất sinh học, chẳng hạn như thuốc kháng vi-rút hoặc globulin miễn dịch; - thiết bị, chẳng hạn như thiết bị bơm; và - vật tư, chẳng hạn như ống hoặc ống thông. Chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ truyền dịch tại nhà bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở: - dịch vụ chuyên nghiệp, bao gồm cả dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp theo kế hoạch chăm sóc của quý vị; - đào tạo và hướng dẫn hội viên chưa được bao gồm trong quyền lợi về DME; - giám sát từ xa; và - dịch vụ giám sát việc cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà và thuốc truyền dịch tại nhà do nhà cung cấp liệu pháp truyền dịch tại nhà đủ điều kiện cung cấp. <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	\$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu truyền dịch tại nhà được bảo hiểm
Giao bữa ăn tại nhà* Sau khi xuất viện điều trị nội trú hoặc ở cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chúng tôi bảo hiểm: 22 bữa chính và 10 bữa phụ mỗi lần xuất viện - Các bữa ăn chính và bữa phụ sẽ được chia thành tối đa ba lần giao hàng riêng biệt nếu cần <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0 cho mỗi lần giao bữa ăn tại nhà được bảo hiểm

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Giao bữa ăn tại nhà* (tiếp theo) • Bảo hiểm được giới hạn ở hai lần xuất viện mỗi năm Để biết thêm thông tin, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan (số điện thoại được in ở bìa sau của tài liệu này). *Các dịch vụ không áp dụng cho giới hạn tự trả tối đa của chương trình.	
Chăm sóc giai đoạn cuối đời Quý vị có quyền lựa chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời nếu nhà cung cấp dịch vụ và giám đốc y tế dịch vụ chăm sóc cuối đời xác định rằng quý vị có tiên lượng bệnh giai đoạn cuối. Điều này có nghĩa là quý vị mắc một căn bệnh giai đoạn cuối và dự kiến sẽ sống không quá sáu tháng. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Chương trình của chúng tôi phải giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực phục vụ của chương trình. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của quý vị có thể là nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống hoặc nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống. Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm: • thuốc điều trị các triệu chứng và cơn đau • chăm sóc thay thế ngắn hạn • chăm sóc tại nhà Dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời và những dịch vụ được Medicare Phần A hoặc Phần B bảo hiểm có liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị được lập hóa đơn cho Medicare. <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0 cho dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời (chỉ một lần)



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Chăm sóc giai đoạn cuối đời (tiếp theo) - Tham khảo Phần F của chương này để biết thêm thông tin. Đối với các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bảo hiểm nhưng không được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B bảo hiểm: - Chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ không được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B bảo hiểm. Chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ đó cho dù chúng có liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ này. Đối với các thuốc có thể được quyền lợi Medicare Phần D của chương trình chúng tôi bảo hiểm: - Thuốc không bao giờ được cả chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi bảo hiểm cùng một lúc. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo Chương 5 trong <i>Cẩm Nang Hội Viên</i>. Lưu ý: Nếu quý vị bị bệnh nghiêm trọng, quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc làm giảm đau, cung cấp dịch vụ chăm sóc tập trung vào bệnh nhân và gia đình bởi một nhóm để cải thiện chất lượng cuộc sống của quý vị. Quý vị có thể nhận được chăm sóc làm giảm đau cùng lúc với chăm sóc chữa bệnh/chăm sóc định kỳ. Vui lòng xem phần Chăm sóc làm giảm đau bên dưới để biết thêm thông tin. Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải chăm sóc giai đoạn cuối đời, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc và/hoặc bộ phận Dịch vụ Khách hàng của quý vị để sắp xếp các dịch vụ. Dịch vụ chăm sóc không phải chăm sóc giai đoạn cuối đời là dịch vụ chăm sóc không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo	



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán		Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc giai đoạn cuối đời (tiếp theo) Chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ tư vấn dành cho giai đoạn cuối đời (chỉ một lần) cho hội viên mắc bệnh giai đoạn cuối đã không chọn quyền lợi chăm sóc giai đoạn cuối đời. <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	
	Chủng ngừa Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: - vắc-xin phòng ngừa viêm phổi - tiêm phòng cúm/cúm mùa, một lần mỗi mùa cúm/cúm mùa vào mùa thu và mùa đông, có tiêm phòng cúm/cúm mùa bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế - vắc-xin viêm gan B nếu quý vị có nguy cơ mắc bệnh viêm gan B cao hoặc trung bình - vắc-xin phòng ngừa COVID-19 - vắc-xin phòng ngừa siêu vi Papilloma ở người (HPV) - các vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ và các vắc-xin đó đáp ứng quy tắc bảo hiểm của Medicare Phần B Chúng tôi sẽ thanh toán cho các vắc-xin khác đáp ứng các quy tắc bảo hiểm của Medicare Phần D. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo Chương 6 trong <i>Cẩm Nang Hội Viên</i>. Chúng tôi cũng thanh toán tất cả các loại vắc-xin dành cho người lớn theo khuyến nghị của Ủy ban Cố vấn về Thực hành Chủng ngừa (ACIP).	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và các dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác không được liệt kê ở đây: • phòng đôi (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • bữa ăn, bao gồm cả chế độ ăn đặc biệt • dịch vụ điều dưỡng định kỳ • chi phí cho các khu chăm sóc đặc biệt, chẳng hạn như khu chăm sóc tích cực hoặc chăm sóc mạch vành • thuốc và dược phẩm • xét nghiệm trong phòng thí nghiệm • Dịch vụ chụp X-quang và quang tuyến X khác • vật tư y tế và phẫu thuật cần thiết • các thiết bị, chẳng hạn như xe lăn • dịch vụ phòng phẫu thuật và phục hồi • vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và trị liệu âm ngữ • dịch vụ điều trị lạm dụng chất kích thích cho bệnh nhân nội trú trong một số trường hợp, các loại cấy ghép sau đây: giác mạc, thận, thận/tuyến tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và đường ruột/đa tạng. Nếu quý vị cần cấy ghép, một trung tâm cấy ghép được Medicare chấp thuận sẽ xem xét trường hợp của quý vị và quyết định xem quý vị có phù hợp để cấy ghép hay không. Nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở tại địa phương hoặc ngoài khu vực dịch vụ. Nếu nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép tại địa phương sẵn sàng chấp nhận mức giá của Medicare, quý vị có thể nhận các dịch vụ cấy ghép của mình tại địa phương hoặc bên ngoài mô hình chăm sóc cho cộng đồng của quý vị. Nếu chương trình của chúng tôi cung cấp các dịch vụ cấy ghép ngoài mô hình chăm sóc cho cộng đồng của chúng tôi và quý vị chọn cấy ghép ở đó, chúng tôi sắp xếp hoặc thanh toán chi phí ăn ở và đi lại cho quý vị và một người khác. † <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0 Quý vị phải được chương trình chấp thuận để tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài hệ thống sau khi đã ổn định trường hợp cấp cứu của quý vị.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện (tiếp theo) - máu, bao gồm cả bảo quản và quản lý - dịch vụ bác sĩ Lưu ý: Để là bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp dịch vụ của quý vị phải có văn bản yêu cầu cho quý vị nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú của bệnh viện. Ngay cả khi quý vị nằm viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được xem là “bệnh nhân ngoại trú.” Nếu quý vị không chắc chắn quý vị là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, quý vị cần hỏi nhân viên bệnh viện. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin của Medicare tựa đề “Quý vị là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú? Nếu quý vị có Medicare – Hãy hỏi!” Tờ thông tin này có tại es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc bằng cách gọi điện đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi đến những số điện thoại này miễn phí, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. †Việc cấy ghép chỉ được bảo hiểm nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống khác nhận được chấp thuận trước từ chúng tôi. <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	
Dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần đòi hỏi phải nằm viện. Nếu quý vị cần các dịch vụ nội trú tại một bệnh viện tâm thần hoạt động độc lập, chúng tôi thanh toán cho 190 ngày đầu tiên. Sau đó, cơ quan sức khỏe tâm thần quận tại địa phương sẽ thanh toán cho các dịch vụ tâm thần nội trú cần thiết về mặt y tế. Sự chấp thuận chăm sóc ngoài 190 ngày đó sẽ được điều phối với cơ quan chăm sóc sức khỏe tâm thần của quận tại địa phương. <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần (tiếp theo) - Mức giới hạn 190 ngày này không áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú được cung cấp tại khu tâm thần của bệnh viện đa khoa. - Nếu quý vị từ 65 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ thanh toán các dịch vụ mà quý vị nhận được tại Viện điều trị bệnh tâm thần (IMD). <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	
Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được bảo hiểm tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) trong thời gian nằm viện nội trú không được bảo hiểm Chúng tôi không thanh toán chi phí nằm viện nội trú của quý vị nếu quý vị đã sử dụng hết quyền lợi nội trú của mình hoặc nếu thời gian nằm viện không hợp lý và không cần thiết về mặt y tế. Tuy nhiên, trong một số trường hợp nhất định khi dịch vụ chăm sóc bệnh nhân nội trú không được bảo hiểm, chúng tôi có thể thanh toán cho các dịch vụ quý vị nhận được khi quý vị đang ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng. Để tìm hiểu thêm, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng. Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và có thể cho các dịch vụ khác không được liệt kê dưới đây: - dịch vụ bác sĩ - các xét nghiệm chẩn đoán, như xét nghiệm trong phòng thí nghiệm - quang tuyến X, liệu pháp radium và liệu pháp đồng vị, gồm cả vật tư và dịch vụ của kỹ thuật viên - băng gạc phẫu thuật <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được bảo hiểm tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) trong thời gian nằm viện nội trú không được bảo hiểm (tiếp theo) - nẹp xương, bó bột và các dụng cụ khác được sử dụng trong trường hợp bị gãy xương và trật khớp - các bộ phận cơ thể giả và dụng cụ chỉnh hình, không liên quan đến nha khoa, bao gồm thay thế hoặc sửa chữa những thiết bị đó. Đây là những thiết bị thay thế toàn bộ hoặc một phần: - một bộ phận bên trong cơ thể (bao gồm cả các mô tiếp giáp), hoặc - chức năng của bộ phận cơ thể bên trong không hoạt động hoặc bị trục trặc. - nẹp căng chân, cánh tay, lưng và cổ, khung nẹp, chân, tay, mắt giả. Bao gồm những điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết do bị gãy vỡ, hao mòn, thất lạc hoặc thay đổi tình trạng của bệnh nhân - vật lý trị liệu, trị liệu âm ngữ và trị liệu về chức năng hoạt động <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	
Dịch vụ và vật tư cho bệnh thận Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để hướng dẫn cách chăm sóc thận và giúp quý vị đưa ra quyết định sáng suốt về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị phải mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn IV và phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ bảo hiểm tối đa sáu buổi cho dịch vụ hướng dẫn về bệnh thận. <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Dịch vụ và vật tư cho bệnh thận (tiếp tục) • Điều trị thẩm tách máu cho bệnh nhân ngoại trú, bao gồm cả điều trị thẩm tách máu khi tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ, như được giải thích trong Chương 3 của <i>Cẩm Nang Hội Viên</i>, hoặc • khi nhà cung cấp dịch vụ của quý vị tạm thời không sẵn sàng hoặc không thể tiếp cận được. • Điều trị thẩm tách máu nội trú nếu quý vị được nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú để nhận dịch vụ chăm sóc đặc biệt • Đào tạo về tự thẩm tách máu, kể cả đào tạo cho quý vị và bất kỳ ai giúp quý vị trong việc điều trị thẩm tách máu tại nhà • Thiết bị và vật tư thẩm tách máu tại nhà • Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà, chẳng hạn như thăm khám cần thiết của nhân viên thẩm tách máu được đào tạo để kiểm tra việc thẩm tách máu tại nhà quý vị, để giúp đỡ trong các trường hợp cấp cứu và kiểm tra thiết bị thẩm tách máu và nguồn cấp nước của quý vị. Quyền lợi thuốc Medicare Phần B của quý vị thanh toán một số loại thuốc dành cho thẩm tách máu. Để biết thông tin, hãy tham khảo “Thuốc theo toa Medicare Phần B” trong bảng này. <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán		Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
	Khám sàng lọc ung thư phổi Chương trình của chúng tôi chi trả cho việc khám sàng lọc ung thư phổi 12 tháng một lần nếu quý vị: - từ 50-77 tuổi, và - được tư vấn và cùng đưa ra quyết định với bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ đủ điều kiện khác, và - đã hút thuốc ít nhất 1 gói mỗi ngày trong 20 năm mà không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh ung thư phổi hoặc hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ thuốc trong vòng 15 năm qua Sau lần khám sàng lọc đầu tiên, chương trình của chúng tôi thanh toán cho một lần khám sàng lọc khác mỗi năm với yêu cầu bằng văn bản từ bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ đủ điều kiện khác.	\$0
	Liệu pháp dinh dưỡng y tế Quyền lợi này dành cho người mắc bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận không điều trị thẩm tách máu. Quyền lợi này cũng dành cho giai đoạn sau cấy ghép thận khi được bác sĩ của quý vị giới thiệu . Chúng tôi chi trả cho ba giờ dịch vụ tư vấn trực tiếp trong năm đầu tiên quý vị nhận các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế theo Medicare. Chúng tôi có thể phê duyệt các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi chi trả cho hai giờ dịch vụ tư vấn trực tiếp trong mỗi năm tiếp theo. Nếu tình trạng, điều trị hoặc chẩn đoán của quý vị thay đổi, quý vị có thể nhận thêm giờ điều trị. với sự giới thiệu của bác sĩ. Bác sĩ phải chỉ định các dịch vụ này và gia hạn giấy giới thiệu hàng năm nếu quý vị cần điều trị trong năm dương lịch tiếp theo. Chúng tôi có thể phê duyệt các dịch vụ bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế.	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán		Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
	Chương trình phòng ngừa bệnh tiểu đường của Medicare (MDPP) Chương trình của chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ MDPP. MDPP được thiết kế để giúp quý vị tăng cường hành vi lành mạnh. Dịch vụ cung cấp đào tạo thực tế về: - thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, và - tăng cường hoạt động thể chất, và - cách để duy trì việc giảm cân và một lối sống lành mạnh.	\$0
	Thuốc theo toa thuộc Medicare Phần B Các loại thuốc này được bảo hiểm theo Phần B của Medicare. Chương trình của chúng tôi thanh toán cho các loại thuốc sau: - các loại thuốc mà quý vị thường không tự dùng và được tiêm hoặc truyền trong khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc của bác sĩ, các dịch vụ tại bệnh viện cho bệnh nhân ngoại trú hoặc dịch vụ của trung tâm phẫu thuật không lưu trú - insulin được cung cấp thông qua một thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như bút tiêm insulin cần thiết về mặt y tế) - các loại thuốc khác mà quý vị sử dụng bằng cách sử dụng thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như máy khí dung) mà chương trình của chúng tôi chấp thuận - thuốc Alzheimer, Leqembi (lecanemab gốc) được tiêm tĩnh mạch (IV) - các thuốc đông máu quý vị tự tiêm nếu mắc bệnh máu khó đông - thuốc ức chế miễn dịch/cấy ghép: Medicare bảo hiểm cho việc trị liệu bằng thuốc cấy ghép nếu Medicare bảo hiểm cho việc cấy ghép bộ phận cơ thể của quý vị. Quý vị phải có Phần A tại thời điểm <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0 (Vui lòng cung cấp cho bác sĩ hoặc nhà thuốc của quý vị cả thẻ ID Blue Shield TotalDual Plan và thẻ Nhận diện quyền lợi Medi-Cal của quý vị.)



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Thuốc theo toa thuộc Medicare Phần B (tiếp theo) cấy ghép được bảo hiểm và quý vị phải có Phần B tại thời điểm quý vị nhận thuốc ỨC CHẾ MIỄN DỊCH. Medicare Phần D bảo hiểm các loại thuốc ỨC CHẾ MIỄN DỊCH nếu Phần B không bảo hiểm những thuốc này • các loại thuốc tiêm điều trị loãng xương. Chúng tôi chi trả cho các loại thuốc này nếu quý vị không thể rời khỏi nhà, bị gãy xương mà bác sĩ chứng nhận là liên quan đến loãng xương sau mãn kinh và không thể tự tiêm thuốc • một số loại thuốc kháng nguyên: Medicare bảo hiểm cho các kháng nguyên nếu bác sĩ chuẩn bị chúng và một người được hướng dẫn đúng cách (có thể là quý vị, bệnh nhân) cho dùng thuốc dưới sự giám sát phù hợp • một số loại thuốc uống chống ung thư: Medicare bảo hiểm cho một số loại thuốc uống chống ung thư mà quý vị dùng nếu cùng một loại thuốc có sẵn ở dạng tiêm hoặc thuốc là một dạng tiền chất (một loại thuốc uống, khi ăn, phân tách thành • cùng một thành phần hoạt tính được tìm thấy trong thuốc tiêm). Khi các loại thuốc uống chống ung thư mới xuất hiện, Phần B có thể bảo hiểm cho các loại thuốc này. Nếu Phần B không bảo hiểm cho chúng, Phần D sẽ bảo hiểm • thuốc uống chống buồn nôn: Medicare bảo hiểm cho các loại thuốc uống chống buồn nôn mà quý vị sử dụng trong phác đồ hóa trị chống ung thư nếu chúng được dùng trước, tại hoặc trong vòng 48 giờ sau khi hóa trị hoặc được sử dụng như một phương pháp điều trị thay thế hoàn toàn cho một loại thuốc tiêm tĩnh mạch chống buồn nôn • một số loại thuốc uống chữa bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) nếu cùng một loại thuốc có sẵn ở dạng tiêm và quyền lợi ESRD Phần B bảo hiểm cho thuốc đó • thuốc calcimimetic theo hệ thống thanh toán ESRD, bao gồm thuốc tiêm tĩnh mạch Parsabiv và thuốc uống Sensipar <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Thuốc theo toa thuộc Medicare Phần B (tiếp theo) - một số loại thuốc để thẩm tách máu tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc heparin (khi cần thiết về mặt y tế) và thuốc gây mê cục bộ - các tác nhân kích thích sản xuất hồng cầu: Medicare bảo hiểm cho việc kích thích sản xuất hồng cầu bằng cách tiêm nếu quý vị mắc bệnh ESRD hoặc quý vị cần thuốc này để điều trị bệnh thiếu máu liên quan đến một số tình trạng khác (như Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera®, hoặc Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) - Globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch dành cho việc điều trị tại nhà cho các bệnh suy giảm miễn dịch chính - dinh dưỡng ngoài đường tiêu hóa và qua đường tiêu hóa (cho ăn qua đường tĩnh mạch và ống) Chúng tôi cũng bảo hiểm cho một số vắc-xin theo Medicare Phần B và hầu hết các vắc-xin dành cho người lớn theo quyền lợi thuốc theo toa Medicare Phần D. Chương 5 trong <i>Cẩm Nang Hội Viên</i> giải thích quyền lợi thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú của chúng tôi. Chương này giải thích các quy tắc quý vị phải tuân theo để được bảo hiểm cho thuốc theo toa. Chương 6 trong <i>Cẩm Nang Hội Viên</i> giải thích khoản tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú thông qua chương trình của chúng tôi. <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng Cơ sở điều dưỡng (NF) là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho mọi người những người không thể nhận dịch vụ chăm sóc tại nhà nhưng không cần phải nằm viện. Những dịch vụ sau đây sẽ được chúng tôi chi trả, bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở: <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng (tiếp theo) • phòng đôi (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • bữa ăn, bao gồm cả chế độ ăn đặc biệt • dịch vụ điều dưỡng • vật lý trị liệu, trị liệu về chức năng hoạt động và trị liệu âm ngữ. • trị liệu hô hấp • thuốc được cung cấp cho quý vị trong chương trình chăm sóc của quý vị. (Thuốc này bao gồm các chất có sẵn tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các nhân tố đông máu.) • máu, bao gồm cả bảo quản và quản lý • vật tư phẫu thuật và y tế thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • xét nghiệm trong phòng thí nghiệm thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • Dịch vụ X-quang và quang tuyến X khác thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • sử dụng các thiết bị, chẳng hạn như xe lăn thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp • dịch vụ bác sĩ/chuyên viên • thiết bị y tế lâu bền • dịch vụ nha khoa, bao gồm răng giả • các quyền lợi về thị lực • kiểm tra thính giác • dịch vụ chăm sóc chỉnh hình • dịch vụ điều trị bệnh về chân Thông thường quý vị sẽ nhận dịch vụ chăm sóc từ các cơ sở trong hệ thống. Tuy nhiên, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ cơ sở không nằm trong hệ thống của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ các địa điểm sau đây nếu họ chấp nhận số tiền thanh toán của chương trình chúng tôi: <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán		Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng (tiếp theo) - cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị sống ngay trước khi nhập viện (khi cơ sở đó vẫn còn cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng). - cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng hoặc người bạn đời sống chung của quý vị đang sống tại thời điểm quý vị xuất viện.	
	Khám sàng lọc và liệu pháp điều trị béo phì để duy trì việc giảm cân Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên thì chúng tôi sẽ chi trả cho dịch vụ tư vấn để giúp quý vị giảm cân. Quý vị phải nhận dịch vụ tư vấn này ở cơ sở chăm sóc chính. Như thế, dịch vụ có thể được quản lý cùng với chương trình phòng ngừa toàn diện của quý vị. Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.	\$0
	Dịch vụ chương trình điều trị opioid (OTP) Chương trình của chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây để điều trị chứng rối loạn do sử dụng opioid (OUD): - hoạt động tiếp nhận - đánh giá định kỳ - các loại thuốc đã được FDA phê duyệt và, nếu có, quản lý và cung cấp cho quý vị những loại thuốc này - tư vấn về rối loạn do sử dụng chất kích thích - trị liệu theo nhóm và cá nhân - xét nghiệm thuốc hoặc hóa chất trong cơ thể quý vị (xét nghiệm độc tính)	\$0

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Xét nghiệm chẩn đoán, dịch vụ và vật tư trị liệu cho bệnh nhân ngoại trú Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và các dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác không được liệt kê ở đây: • Chụp X quang • quang tuyến (liệu pháp radium và chất đồng vị), bao gồm cả vật liệu và vật tư cho kỹ thuật viên • vật tư phẫu thuật, ví dụ như băng gạc phẫu thuật • nẹp xương, bó bột và các dụng cụ khác được sử dụng trong trường hợp bị gãy xương và trật khớp • xét nghiệm trong phòng thí nghiệm • máu, bao gồm cả bảo quản và quản lý • các xét nghiệm chẩn đoán khác cho bệnh nhân ngoại trú <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và giấy giới thiệu và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	\$0
Dịch vụ bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế quý vị nhận được tại khu ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh hoặc thương tích, chẳng hạn như: • Các dịch vụ tại khoa cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, chẳng hạn như các dịch vụ theo dõi hoặc phẫu thuật cho bệnh nhân ngoại trú ○ Dịch vụ theo dõi giúp bác sĩ của quý vị biết liệu quý vị có cần nhập viện ở hình thức “bệnh nhân nội trú” hay không. ○ Đôi khi quý vị có thể nằm viện qua đêm mà vẫn là “ngoại trú”. ○ Quý vị có thể biết thêm thông tin về việc điều trị nội trú hoặc ngoại trú trong tờ thông tin này: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm và xét nghiệm chẩn đoán được bệnh viện lập hóa đơn <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Dịch vụ bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú (tiếp theo) - Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm chăm sóc trong chương trình bán nhập viện, nếu bác sĩ chứng nhận rằng việc điều trị nội trú là cần thiết nếu không cung cấp dịch vụ này - Chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến X khác do bệnh viện lập hóa đơn - Vật tư y tế, chẳng hạn như nẹp xương và bó bột - Khám sàng lọc phòng ngừa và các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi - Một số loại thuốc mà quý vị không thể tự dùng <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần dành cho bệnh nhân ngoại trú Chúng tôi chi trả cho những dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi: - bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ được tiểu bang cấp phép - bác sĩ tâm lý lâm sàng - nhân viên xã hội lâm sàng - chuyên gia điều dưỡng lâm sàng - một cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép (LPC) - một nhà trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) - chuyên viên điều dưỡng (NP) - trợ lý bác sĩ (PA) - bất kỳ chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần nào khác được Medicare chứng nhận đủ điều kiện hành nghề theo quy định hiện hành của luật pháp tiểu bang <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần dành cho bệnh nhân ngoại trú (tiếp theo) Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và có thể cho các dịch vụ khác không được liệt kê dưới đây: • dịch vụ phòng khám • dịch vụ điều trị ban ngày • dịch vụ phục hồi chức năng tâm lý xã hội • nằm viện một phần hoặc các chương trình điều trị ngoại trú tích cực • đánh giá và điều trị sức khỏe tâm thần theo nhóm và cá nhân • kiểm tra tâm lý khi được chỉ định về mặt lâm sàng nhằm đánh giá kết quả sức khỏe tâm thần • các dịch vụ ngoại trú phục vụ mục đích theo dõi liệu pháp trị liệu bằng thuốc • xét nghiệm ngoại trú, thuốc, vật tư và thực phẩm bổ sung • tư vấn về tâm thần <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	
Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú Chúng tôi sẽ chi trả cho vật lý trị liệu, trị liệu chức năng hoạt động và trị liệu âm ngữ. Quý vị có thể nhận được các dịch vụ phục hồi chức năng dành cho bệnh nhân ngoại trú từ các khoa ngoại trú của bệnh viện, văn phòng nhà liệu pháp độc lập, các cơ sở phục hồi chức năng toàn diện dành cho bệnh nhân ngoại trú (CORF) và các cơ sở khác. <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất kích thích dành cho bệnh nhân ngoại trú Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và có thể cho các dịch vụ khác không được liệt kê dưới đây: - khám sàng lọc và tư vấn về lạm dụng rượu - điều trị lạm dụng ma túy - tư vấn cá nhân hoặc theo nhóm bởi một chuyên viên lâm sàng đủ điều kiện - khử độc bán cấp trong chương trình cai nghiện tại nhà - dịch vụ cai nghiện ma túy và/hoặc rượu tại trung tâm điều trị ngoại trú tích cực - điều trị bằng Naltrexone (vivitrol) phóng thích chậm <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	\$0 cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân hoặc nhóm
Phẫu thuật ngoại trú Chúng tôi chi trả cho phẫu thuật và các dịch vụ ngoại trú tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm giải phẫu ngoại trú. <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	\$0 cho mỗi lần thăm khám tại trung tâm phẫu thuật không lưu trú hoặc cơ sở bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú.
Vật dụng mua không cần toa (OTC)* Quý vị được hưởng khoản trợ cấp hàng tháng là \$70 cho các loại thuốc và vật tư OTC được liệt kê trong danh mục Vật dụng OTC. Các vật dụng như aspirin, vitamin, chế phẩm trị ho và cảm lạnh cũng như băng gạc được bảo hiểm theo quyền lợi này. Các vật dụng như mỹ phẩm và thực phẩm bổ sung không được bảo hiểm theo quyền lợi này. <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Vật dụng mua không cần toa (OTC)* (tiếp theo) Danh mục Vật dụng OTC và hướng dẫn đặt hàng được cung cấp trực tuyến tại blueshieldca.com/medicareOTC. Quý vị có thể đặt hàng qua số điện thoại (888) 628-2770 [TTY: 711], thứ Hai đến thứ Sáu, 9 giờ sáng đến 8 giờ tối giờ Miền Đông, hoặc trực tuyến tại blueshieldca.com/medicareOTC. Các đơn đặt hàng sẽ được giao đến cho quý vị miễn phí. Vui lòng đợi giao hàng trong khoảng 7 ngày làm việc. Quyền lợi này có hiệu lực vào ngày đầu tiên của mỗi tháng. Quý vị có thể đặt một đơn hàng mỗi tháng và không được chuyển khoản trợ cấp chưa sử dụng hết sang tháng tiếp theo. Có áp dụng một số giới hạn. Tham khảo danh mục Vật dụng OTC để biết thêm thông tin. *Các dịch vụ không áp dụng cho giới hạn tự trả tối đa của chương trình.	
Chăm sóc làm giảm đau Chăm sóc làm giảm đau được chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Chăm sóc làm giảm đau dành cho những người mắc bệnh nghiêm trọng. Dịch vụ này cung cấp dịch vụ chăm sóc tập trung vào bệnh nhân và gia đình giúp cải thiện chất lượng cuộc sống bằng cách dự đoán, phòng ngừa và điều trị làm giảm đau đớn. Chăm sóc làm giảm đau không phải là chăm sóc giai đoạn cuối đời, do đó quý vị không cần phải còn tuổi thọ từ sáu tháng trở xuống để đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc làm giảm đau. Chăm sóc làm giảm đau được cung cấp cùng lúc với chăm sóc chữa bệnh/chăm sóc thường xuyên. Chăm sóc làm giảm đau bao gồm những mục sau: • lập kế hoạch chăm sóc nâng cao • đánh giá và tư vấn chăm sóc làm giảm đau • kế hoạch chăm sóc bao gồm tất cả dịch vụ chăm sóc làm giảm đau và chữa bệnh được chấp thuận, bao gồm các dịch vụ sức khỏe tâm thần và xã hội y tế. Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Chăm sóc làm giảm đau (tiếp theo) • các dịch vụ từ đội ngũ chăm sóc được chỉ định của quý vị • điều phối chăm sóc • kiểm soát cơn đau và triệu chứng Quý vị không thể nhận cùng một lúc dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời và chăm sóc làm giảm đau nếu quý vị trên 21 tuổi. Nếu quý vị đang nhận dịch vụ chăm sóc làm giảm đau và đáp ứng điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời, quý vị có thể yêu cầu chuyển sang dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời bất cứ lúc nào.	
Dịch vụ nhập viện một phần và dịch vụ ngoại trú tích cực Nhập viện một phần là chương trình điều trị tâm thần tích cực có tổ chức. Chương trình này được cung cấp dưới dạng dịch vụ chăm sóc ngoại trú của bệnh viện hoặc bởi trung tâm chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng. Chương trình này tích cực hơn dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được tại phòng mạch của bác sĩ, chuyên viên trị liệu, chuyên viên trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc văn phòng cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép. Chương trình này có thể giúp quý vị không phải nhập viện. Dịch vụ chăm sóc ngoại trú tích cực là một chương trình có cấu trúc về điều trị sức khỏe hành vi (tâm thần) tích cực được cung cấp dưới dạng dịch vụ chăm sóc ngoại trú tại bệnh viện, trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, trung tâm y tế đủ tiêu chuẩn Liên bang hoặc phòng khám y tế nông thôn với mức độ tích cực hơn dịch vụ chăm sóc nhận được tại phòng mạch của bác sĩ hoặc cơ sở của chuyên viên trị liệu, LMFT, hoặc văn phòng của cố vấn chuyên khoa được cấp phép nhưng có mức độ tích cực thấp hơn so với nhập viện một phần. <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Dịch vụ nhập viện một phần và dịch vụ ngoại trú tích cực (tiếp theo) Lưu ý: Vì không có các trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng trong hệ thống của chúng tôi, nên chúng tôi chỉ bảo hiểm cho dịch vụ nhập viện một phần thuộc dịch vụ chăm sóc ngoại trú tại bệnh viện. <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	
Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ, bao gồm thăm khám tại văn phòng bác sĩ Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: • các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế được cung cấp tại những nơi như: • văn phòng bác sĩ • trung tâm giải phẫu ngoại trú được chứng nhận • khoa ngoại trú của bệnh viện • tư vấn, chẩn đoán và điều trị của bác sĩ chuyên khoa • việc kiểm tra thính lực và thăng bằng cơ bản do bác sĩ chăm sóc chính cung cấp, nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu việc này nhằm kiểm tra xem quý vị có cần điều trị hay không • Một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, bao gồm các dịch vụ của bác sĩ để điều trị các tình trạng không phải là trường hợp cấp cứu như các triệu chứng cảm lạnh và cúm, dị ứng, viêm phế quản, nhiễm trùng đường hô hấp, các vấn đề về xoang, phát ban, nhiễm trùng mắt, đau nửa đầu, v.v.. <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ, bao gồm thăm khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp theo) ○ Quý vị có thể nhận các dịch vụ này thông qua thăm khám trực tiếp hoặc từ xa. Nếu quý vị chọn nhận một trong những dịch vụ này qua dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa. ○ Hãy tham khảo phần “Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa khác” trong Bảng Quyền lợi y tế để biết thêm thông tin. • các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cho các lần thăm khám liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) hàng tháng dành cho những hội viên thẩm tách thận tại nhà trong một trung tâm thẩm tách thận tại bệnh viện hoặc trung tâm thẩm tách thận tại bệnh viện giới hạn tiếp cận, cơ sở thẩm tách thận hoặc tại nhà • dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng của đột quỵ • dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa dành cho các hội viên bị rối loạn sử dụng chất kích thích hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần đồng thời • dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị các rối loạn sức khỏe tâm thần nếu: • quý vị có lần thăm khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước lần thăm khám sức khỏe từ xa đầu tiên của quý vị • quý vị được thăm khám trực tiếp 12 tháng một lần trong khi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa này • trường hợp ngoại lệ có thể được thực hiện đối với quy tắc ở trên trong một số trường hợp nhất định • dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa dành cho các lần thăm khám sức khỏe tâm thần do Phòng khám Y tế Nông thôn và Trung tâm Y tế hội đủ tiêu chuẩn Liên bang cung cấp. <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ, bao gồm thăm khám tại văn phòng bác sĩ (tiếp theo) - kiểm tra qua mạng (ví dụ: qua điện thoại hoặc trò chuyện qua video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút nếu - quý vị không phải là bệnh nhân mới và - việc kiểm tra không liên quan đến lần thăm khám tại văn phòng trong 7 ngày qua và - việc kiểm tra không dẫn đến lần thăm khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể - Đánh giá video và/hoặc hình ảnh quý vị gửi cho bác sĩ và được bác sĩ giải thích cũng như theo dõi trong vòng 24 giờ nếu: - quý vị không phải là bệnh nhân mới và - việc đánh giá không liên quan đến lần thăm khám tại văn phòng trong 7 ngày qua và - việc đánh giá không dẫn đến lần thăm khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể - Tư vấn mà bác sĩ của quý vị có với các bác sĩ khác qua điện thoại, Internet hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử nếu quý vị không phải là bệnh nhân mới - Ý kiến thứ hai của nhà cung cấp dịch vụ khác trong hệ thống trước khi thực hiện phẫu thuật. - Chăm sóc nha khoa không định kỳ. Các dịch vụ được bảo hiểm sẽ giới hạn ở: - phẫu thuật hàm hoặc cấu trúc liên quan - chỉnh những chỗ gãy xương hàm hoặc xương mặt - nhổ răng trước khi điều trị khối ung thư bằng xạ trị - các dịch vụ sẽ được bảo hiểm khi được bác sĩ cung cấp	

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán		Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ điều trị bệnh về chân Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây: - chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật các thương tích và bệnh liên quan đến bàn chân (ví dụ như ngón chân khoằm hoặc đau cựa gót chân) - dịch vụ chăm sóc bàn chân định kỳ dành cho hội viên mắc các bệnh ảnh hưởng đến chân, chẳng hạn như bệnh tiểu đường - chăm sóc bàn chân định kỳ (không được Medicare bảo hiểm)* bao gồm: - việc cắt hoặc loại bỏ cục chai và vết chai - việc cắt tỉa, cắt, cắt xén hoặc cắt bỏ móng tay *Các dịch vụ không áp dụng cho giới hạn tự trả tối đa của chương trình.	\$0
	Khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt Đối với nam giới từ 50 tuổi trở lên, chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây 12 tháng một lần: - khám trực tràng bằng ngón tay - xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA)	\$0
	Dụng cụ chỉnh hình, bộ phận cơ thể giả và vật tư liên quan Các bộ phận cơ thể giả thay thế cho toàn bộ hoặc một phần bộ phận cơ thể hoặc chức năng cơ thể. Chúng bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở: - xét nghiệm, lắp hoặc đào tạo sử dụng các dụng cụ chỉnh hình và bộ phận cơ thể giả - túi hậu môn giả và vật tư liên quan tới việc chăm sóc hậu môn giả <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Dụng cụ chỉnh hình, bộ phận cơ thể giả và vật tư liên quan (tiếp theo) - dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa, bao gồm bộ dụng cụ cung cấp thức ăn, bơm truyền, ống và bộ chuyển đổi, dung dịch và vật tư để tự tiêm - máy tạo nhịp tim - nẹp - giày chỉnh hình - tay chân giả - vú giả (bao gồm áo ngực phẫu thuật sau khi giải phẫu cắt bỏ vú) - bộ phận giả để thay thế toàn bộ hoặc một phần cơ thể mặt bên ngoài đã bị cắt bỏ hoặc bị suy yếu do bệnh tật, chấn thương hoặc khuyết tật bẩm sinh - kem và tã dành cho tình trạng mất kiểm soát đại tiểu tiện Chúng tôi thanh toán cho một số vật tư liên quan đến dụng cụ chỉnh hình và bộ phận cơ thể giả. Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho việc sửa chữa hoặc thay thế các dụng cụ chỉnh hình và bộ phận cơ thể giả. Chúng tôi cung cấp một số bảo hiểm sau khi cắt bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể. Hãy tham khảo phần “Chăm sóc nhãn khoa” ở phần sau của bảng này để biết thêm chi tiết. <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán		Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ phục hồi chức năng phổi Chúng tôi sẽ thanh toán cho các chương trình phục hồi chức năng phổi cho hội viên mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) mức vừa phải đến rất nặng. Quý vị phải có giấy giới thiệu cho dịch vụ phục hồi chức năng phổi từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ điều trị bệnh COPD. <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	\$0
	Khám sàng lọc và tư vấn về các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI) Chúng tôi sẽ thanh toán cho các lần khám sàng lọc để phát hiện bệnh nhiễm chlamydia, bệnh lậu, bệnh giang mai và bệnh viêm gan B. Các lần khám sàng lọc này được bảo hiểm cho phụ nữ mang thai và cho một số người có nguy cơ cao mắc bệnh STI. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính phải yêu cầu làm xét nghiệm. Chúng tôi bảo hiểm cho các xét nghiệm này 12 tháng một lần hoặc vào những thời điểm nhất định trong thai kỳ. Mỗi năm chúng tôi cũng chi trả cho tối đa hai buổi tư vấn trực tiếp và chuyên sâu về hành vi cho người lớn có sinh hoạt tình dục và có nguy cơ cao mắc các bệnh STI. Mỗi buổi có thể kéo dài 20 đến 30 phút. Chúng tôi chỉ thanh toán cho các buổi tư vấn này dưới dạng dịch vụ phòng ngừa nếu các buổi tư vấn do bác sĩ chăm sóc chính thực hiện. Các buổi tư vấn này phải diễn ra ở cơ sở chăm sóc chính, chẳng hạn như văn phòng bác sĩ.	\$0



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây và có thể cho các dịch vụ khác không được liệt kê dưới đây: • phòng đôi (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • bữa ăn, bao gồm cả chế độ ăn đặc biệt • dịch vụ điều dưỡng • vật lý trị liệu, trị liệu về chức năng hoạt động và trị liệu âm ngữ. • thuốc quý vị nhận được trong kế hoạch chăm sóc của quý vị, bao gồm các chất có tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như thuốc làm đông máu • máu, bao gồm cả bảo quản và quản lý • vật tư y tế và phẫu thuật được cơ sở điều dưỡng cung cấp • xét nghiệm trong phòng thí nghiệm được cơ sở điều dưỡng cung cấp • Dịch vụ quang tuyến X và quang tuyến khác được cơ sở điều dưỡng cung cấp • các thiết bị, chẳng hạn như xe lăn thường được cơ sở điều dưỡng cung cấp • các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ Thông thường quý vị sẽ nhận dịch vụ chăm sóc từ các cơ sở trong hệ thống. Tuy nhiên, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ cơ sở không nằm trong hệ thống của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ các địa điểm sau đây nếu họ chấp nhận số tiền thanh toán của chương trình chúng tôi: <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán		Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
	Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) (tiếp theo) - cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị đã sống trước khi nhập viện (khi cơ sở đó vẫn còn cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng) - cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng hoặc người bạn đời sống chung của quý vị đang sống tại thời điểm quý vị xuất viện <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	
	Cai thuốc lá và bỏ hút thuốc Nếu quý vị sử dụng thuốc lá nhưng không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá và muốn hoặc cần phải cai thuốc: - Chúng tôi sẽ thanh toán cho hai lần nỗ lực từ bỏ thuốc lá trong thời gian 12 tháng dưới dạng dịch vụ phòng ngừa Dịch vụ này miễn phí cho quý vị. Mỗi nỗ lực bỏ thuốc lá bao gồm tối đa bốn lần tư vấn trực tiếp. Nếu quý vị sử dụng thuốc lá và được bác sĩ chẩn đoán mắc bệnh liên quan đến thuốc lá hoặc đang dùng thuốc có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc lá: - Chúng tôi sẽ thanh toán cho hai buổi tư vấn nỗ lực từ bỏ thuốc lá trong 12 tháng. Mỗi lần tư vấn bao gồm tối đa bốn buổi thăm khám trực tiếp.	\$0

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Trị liệu tập thể dục có giám sát (SET) Chúng tôi thanh toán SET cho các hội viên mắc bệnh động mạch ngoại biên có triệu chứng (PAD) có giấy giới thiệu về PAD từ bác sĩ chịu trách nhiệm điều trị PAD. Chương trình của chúng tôi thanh toán cho: - tối đa 36 buổi trong thời gian 12 tuần nếu đáp ứng tất cả các yêu cầu SET - thêm 36 buổi theo thời gian nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho là cần thiết về mặt y tế Chương trình SET phải là: - là các buổi tập kéo dài 30 đến 60 phút của chương trình huấn luyện tập thể dục trị liệu cho PAD với các hội viên bị chuột rút ở chân do lưu lượng máu kém (khập khiễng) - được tiến hành tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện hoặc văn phòng bác sĩ - được thực hiện bởi những nhân viên có trình độ, những người đảm bảo quyền lợi nhiều hơn tác hại và những người được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho PAD - chịu sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, phụ tá bác sĩ hoặc chuyên viên điều dưỡng/chuyên gia điều dưỡng lâm sàng, những người được đào tạo về cả kỹ thuật duy trì mạng sống cơ bản và nâng cao <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	\$0
Dịch vụ chuyên chở: Dịch vụ chuyên chở y tế trong trường hợp không cấp cứu Quyền lợi này cho phép dịch vụ chuyên chở tiết kiệm chi phí và dễ tiếp cận nhất. Dịch vụ này bao gồm: các dịch vụ chuyên chở y tế bằng xe cứu thương, xe van có cánh, xe van chở xe lăn và điều phối với vận chuyển cho người tàn tật. Những hình thức chuyên chở này được cho phép khi: <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0, lên đến mức giới hạn kết hợp là 48 chuyến đi một chiều mỗi năm đối với dịch vụ chuyên chở y tế trong trường hợp không cấp cứu hoặc dịch vụ chuyên chở phi



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Dịch vụ chuyên chở: Dịch vụ chuyên chở y tế trong trường hợp không cấp cứu (tiếp theo) - tình trạng y tế và/hoặc thể chất của quý vị không cho phép quý vị đi lại bằng xe buýt, xe khách, xe tắc xi hoặc loại hình chuyên chở công cộng hoặc tư nhân khác, và - có thể cần sự cho phép trước, tùy thuộc vào dịch vụ Lưu ý: Việc sắp xếp phương tiện chuyên chở được xử lý bởi Call The Car. Hội viên phải liên hệ với Call the Car theo số (855) 200-7544 [TTY: 711] 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần. Ứng dụng di động CTC Go có thể được sử dụng để lên lịch, chỉnh sửa, theo dõi và hủy đặt chỗ dịch vụ tận nơi và đặt chỗ cho xe lăn. Không thể sử dụng ứng dụng di động CTC Go cho dịch vụ chuyên chở bằng ca và quý vị phải gọi để đặt chỗ dịch vụ này. Phải thực hiện bố trí dịch vụ chuyên chở trước ít nhất hai mươi tư (24) giờ.	y tế và dịch vụ chuyên chở phi y tế VBID. Medi-Cal bảo hiểm cho số chuyến đi không có giới hạn đến các địa điểm được chấp thuận sau khi đã sử dụng hết 48 chuyến đi một chiều của quý vị.
Dịch vụ chuyên chở: Dịch vụ chuyên chở phi y tế* Quyền lợi này cho phép chuyên chở đến các dịch vụ chăm sóc y tế bằng xe chở khách, xe tắc xi hoặc các loại hình chuyên chở công cộng/tư nhân khác. Việc chuyên chở là cần thiết nhằm mục đích nhận được dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết, bao gồm đi đến các cuộc hẹn nha khoa, thăm khám tại văn phòng bác sĩ và đến lấy thuốc theo toa tại nhà thuốc trong hệ thống. Quý vị có tổng cộng tối đa 48 chuyến đi một chiều mỗi năm cho dịch vụ chuyên chở phi y tế và dịch vụ chuyên chở phi y tế VBID. Lưu ý: Việc sắp xếp phương tiện chuyên chở được xử lý bởi Call The Car. Hội viên phải liên hệ với Call the Car theo số (855) 200-7544 [TTY: 711] 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần. Phải thực hiện bố trí dịch vụ chuyên chở trước ít nhất hai mươi tư (24) giờ. Call The Car cung cấp một ứng dụng di động (CTC-Go) mà các hội viên Blue Shield TotalDual Plan có thể sử dụng để điều phối việc chuyên chở chăm sóc sức khỏe. CTC-Go cho phép quý vị <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0, lên đến giới hạn kết hợp là 48 chuyến đi một chiều mỗi năm đối với dịch vụ chuyên chở phi y tế và dịch vụ chuyên chở phi y tế VBID. Medi-Cal bảo hiểm cho số chuyến đi không có giới hạn đến các địa điểm được chấp thuận sau khi đã sử dụng hết 48 chuyến đi một chiều của quý vị.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Dịch vụ chuyên chờ: Dịch vụ chuyên chờ phi y tế* (tiếp theo) xem lại các đặt chỗ sắp tới hoặc trước đây, xếp hạng chuyển đi, 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 “CTC-Go” trong cửa hàng ứng dụng của quý vị và tải xuống ứng dụng. *Các dịch vụ không áp dụng cho giới hạn tự trả tối đa của chương trình. <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	
Chăm sóc khẩn cấp cần thiết Chăm sóc khẩn cấp cần thiết là dịch vụ chăm sóc được cung cấp để điều trị: • một trường hợp không phải cấp cứu nhưng cần được chăm sóc y tế ngay lập tức, hoặc • bệnh không lường trước, hoặc • một chấn thương, hoặc • một tình trạng cần chăm sóc ngay lập tức. Nếu quý vị cần chăm sóc khẩn cấp cần thiết, trước tiên quý vị cần cố gắng nhận dịch vụ chăm sóc đó từ nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống. Tuy nhiên, quý vị có thể sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống khi không thể liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống do hoàn cảnh, thời gian hoặc địa điểm của quý vị, việc nhận dịch vụ từ các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống là không thể hoặc không hợp lý (ví dụ: khi quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình và quý vị yêu cầu các dịch vụ ngay lập tức cần thiết về mặt y tế cho một tình trạng chưa được phát hiện nhưng đó không phải là trường hợp cấp cứu y tế). Bảo hiểm trên toàn thế giới* Quý vị không có giới hạn tổng hợp hàng năm cho các dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp cần thiết bên ngoài Hoa Kỳ và <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0 20% tiền đồng bảo hiểm cho bảo hiểm khẩn cấp trên toàn thế giới (miễn tiền đồng bảo hiểm nếu nhập viện trong vòng một



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Chăm sóc khẩn cấp cần thiết (tiếp theo) các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ không áp dụng cho chi phí tự trả tối đa của chương trình. *Các dịch vụ không áp dụng cho giới hạn tự trả tối đa của chương trình.	ngày cho cùng một tình trạng).
Mô hình Thiết kế bảo hiểm dựa trên giá trị (VBID)* Nếu quý vị đã đăng ký tham gia BlueShield TotalDual Plan và đủ điều kiện nhận Trợ cấp cho người có thu nhập thấp (LIS), thì quý vị hội đủ điều kiện nhận các quyền lợi Thiết kế bảo hiểm dựa trên giá trị (VBID). Các quyền lợi của chương trình thuộc phạm vi bảo hiểm bao gồm: • Cửa hàng thực phẩm lành mạnh ○ Trợ cấp hàng tháng để mua thực phẩm và nông sản lành mạnh và bổ dưỡng. Có thể mua các mặt hàng được chấp thuận tại các nhà bán lẻ được chấp thuận tại địa phương để hỗ trợ hội viên duy trì chế độ ăn uống lành mạnh và hỗ trợ nhu cầu dinh dưỡng của họ. ○ Trợ cấp của quý vị là \$50 mỗi tháng cho các vật dụng được bảo hiểm. ○ Trợ cấp này không được chuyển từ tháng này sang tháng khác. Không thể kết hợp các khoản trợ cấp cho các dịch vụ trợ thính và Cửa hàng thực phẩm lành mạnh. Mỗi quyền lợi đều có một khoản trợ cấp riêng. Healthy Benefits+ là thẻ chi tiêu với các khoản trợ cấp theo quyền lợi được nạp sẵn trên thẻ để giúp thanh toán các vật dụng và dịch vụ được bảo hiểm. Quý vị sẽ nhận được thư từ người quản lý quyền lợi kèm theo thẻ quyền lợi cá nhân của quý vị. Thư này sẽ cho quý vị biết thẻ của quý vị đã được nạp số tiền trợ cấp. Thông báo này cũng sẽ cung cấp thông tin về cách truy cập thêm chi tiết về quyền lợi qua điện thoại, trang web hoặc ứng dụng di động. Nếu có thắc mắc về quyền lợi này, quý vị có thể gọi cho người quản lý quyền lợi theo số (855) 572-6341 [TTY: 771], 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0, tối đa \$50 trợ cấp mỗi tháng cho các vật dụng được bảo hiểm.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Mô hình Thiết kế bảo hiểm dựa trên giá trị (VBID)* (tiếp theo) giờ địa phương, Chủ nhật đến Thứ Bảy, từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3 và từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 1 tháng 4 đến 30 tháng 9. Quý vị cũng có thể truy cập trực tuyến vào HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA để biết thêm chi tiết. - Dịch vụ chuyên chở: dịch vụ chuyên chở phi y tế mở rộng Quyền lợi này cho phép chuyên chở đến các dịch vụ chăm sóc y tế bằng xe chở khách, xe tắc xi hoặc các loại hình chuyên chở công cộng/tư nhân khác. Có thể sử dụng dịch vụ chuyên chở để tiếp cận các quyền lợi được bảo hiểm không thuộc Medicare do chương trình cung cấp, chẳng hạn như: - Các địa điểm tập thể dục trong hệ thống SilverSneakers - Các địa điểm Cửa hàng thực phẩm lành mạnh được chấp thuận - Máy trợ thính tại nhà cung cấp dịch vụ máy trợ thính theo lựa chọn của quý vị - Dịch vụ chỉnh hình trong hệ thống được chương trình bảo hiểm sức khỏe chấp thuận - Dịch vụ nha khoa và nhãn khoa trong hệ thống được chương trình bảo hiểm sức khỏe chấp thuận Quý vị có tổng cộng tối đa 48 chuyến đi một chiều mỗi năm cho dịch vụ chuyên chở phi y tế và dịch vụ chuyên chở phi y tế VBID. Lưu ý: Việc sắp xếp phương tiện chuyên chở được xử lý bởi Call The Car. Hội viên phải liên hệ với Call the Car theo số (855) 200-7544 [TTY: 711] 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần. Phải thực hiện bố trí dịch vụ chuyên chở trước ít nhất hai mươi tư (24) giờ. Call The Car cung cấp một ứng dụng di động (CTC-Go) mà các hội viên Blue Shield TotalDual Plan có thể sử dụng để điều phối việc chuyên chở chăm sóc sức khỏe. CTC-Go cho phép quý vị xem lại các đặt chỗ sắp tới hoặc trước đây, xếp hạng chuyến đi, 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 <i>Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo</i>	\$0, lên đến giới hạn kết hợp là 48 chuyến đi một chiều mỗi năm đối với dịch vụ chuyên chở phi y tế và dịch vụ chuyên chở phi y tế VBID.



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Mô hình Thiết kế bảo hiểm dựa trên giá trị (VBID)* (tiếp theo) “CTC-Go” trong cửa hàng ứng dụng của quý vị và tải xuống ứng dụng. *Các dịch vụ không áp dụng cho giới hạn tự trả tối đa của chương trình.	
Chăm sóc nhãn khoa (được Medicare bảo hiểm) Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ bác sĩ ngoại trú để chẩn đoán và điều trị các bệnh và chấn thương về mắt. Ví dụ, các dịch vụ này bao gồm khám mắt hàng năm để phát hiện bệnh võng mạc do tiểu đường cho những người mắc bệnh tiểu đường và điều trị bệnh thoái hóa điểm vàng do tuổi tác. Đối với người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp, chúng tôi sẽ thanh toán cho khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp mỗi năm một lần. Người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp bao gồm: • người có tiền sử gia đình mắc bệnh tăng nhãn áp • người mắc bệnh tiểu đường • Người Mỹ Gốc Phi từ 50 tuổi trở lên • Người Mỹ Gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên Chúng tôi sẽ thanh toán cho một cặp kính mắt hoặc kính áp tròng sau mỗi ca phẫu thuật đục thủy tinh thể khi bác sĩ gắn tròng kiếng đặt bên trong mắt. Nếu quý vị được phẫu thuật đục thủy tinh thể hai lần riêng biệt, quý vị phải mua một cặp kính mắt sau mỗi lần phẫu thuật. Quý vị không thể mua hai cặp kính sau lần phẫu thuật thứ hai, ngay cả khi quý vị không mua một cặp kính sau lần phẫu thuật thứ nhất. <i>Có thể cần phải có sự cho phép trước và là trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.</i>	\$0 cho mỗi lần khám mắt được Medicare bảo hiểm. \$0 tiền đồng trả \$0 tiền đồng trả



Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
Chăm sóc thị lực, không được Medicare bảo hiểm (nhận từ nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống)* Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm: • Khám mắt định kỳ, bao gồm đo khúc xạ và kê toa kính mắt. Nếu nhà cung cấp dịch vụ đề xuất các thủ tục bổ sung, quý vị có trách nhiệm thanh toán chi phí bổ sung. Việc kiểm tra kính áp tròng yêu cầu phí bổ sung. Quý vị có trách nhiệm thanh toán chi phí bổ sung. • Gọng kính và mắt kính (bao gồm mắt kính một tròng, hai tròng có lớp lót, ba tròng có lớp lót và thấu kính) hoặc kính áp tròng KHÔNG cần phải có sự chấp thuận trước (phê duyệt trước). Sử dụng <i>Danh mục Thị giác</i> hoặc truy cập blueshieldca.com/find-a-doctor để tìm nhà cung cấp dịch vụ tham gia chương trình trong hệ thống Vision Service Plan (VSP) (Blue Shield Vision Plan Administrator). *Các dịch vụ không áp dụng cho giới hạn tự trả tối đa của chương trình.	Quý vị trả \$0 cho một lần khám trong mỗi giai đoạn 12 tháng khi sử dụng nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống. Quý vị trả \$0 cho gọng kính (có giá lên tới giá trị bán lẻ thông thường là \$200) trong mỗi giai đoạn 12 tháng khi sử dụng nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống. Nếu quý vị chọn gọng kính có giá trên \$200, quý vị có trách nhiệm thanh toán khoản chênh lệch đó. Quý vị trả \$0 cho một cặp mắt kính theo toa (bất kể kích cỡ hoặc độ kính nào) HOẶC cho kính áp tròng (có giá lên tới \$200 cho dịch vụ và vật tư cho kính áp tròng) trong mỗi giai đoạn 12 tháng khi sử dụng nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống. Nếu giá dịch vụ và vật tư trên \$200, quý vị có trách nhiệm thanh toán khoản chênh lệch đó.



	Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán
	Chăm sóc thị lực, không được Medicare bảo hiểm (nhận từ nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống)* - Khám mắt định kỳ, đo khúc xạ và kê toa mắt kính. - Gọng kính và mắt kính (bao gồm mắt kính một tròng, hai tròng có lớp lót, ba tròng có lớp lót và thấu kính) hoặc kính áp tròng Nếu muốn, quý vị có thể đến khám với bác sĩ đo thị lực hoặc bác sĩ nhãn khoa không phải là nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống Blue Shield TotalDual Plan. Tuy nhiên, quý vị không thể nhận cùng các dịch vụ từ cả nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống và ngoài hệ thống. Nếu quý vị chọn nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống, quý vị đủ điều kiện được hoàn tiền một phần cho các dịch vụ được cung cấp, trừ khi quý vị đã đạt đến giới hạn quyền lợi cho dịch vụ nhãn khoa mà quý vị đang tìm kiếm. Hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng để yêu cầu biểu mẫu hoàn tiền và để biết thêm thông tin về cách yêu cầu hoàn tiền. KHÔNG cần có sự chấp thuận trước. * Các dịch vụ không áp dụng cho giới hạn tự trả tối đa của chương trình.	Quý vị được hoàn tiền lên đến \$30 cho một lần khám trong mỗi giai đoạn 12 tháng. Quý vị được hoàn tiền lên đến \$35 cho một cặp gọng kính trong mỗi giai đoạn 12 tháng. Quý vị được hoàn tiền lên đến \$35 <u>hoặc</u> cho một cặp mắt kính theo toa (bất kể kích thước hoặc mức độ) HOẶC cho kính áp tròng trong mỗi giai đoạn 12 tháng.
	Thăm khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare” Chúng tôi bảo hiểm cho một lần thăm khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare”. Lần thăm khám này bao gồm: - một lần đánh giá sức khỏe của quý vị, - giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng ngừa quý vị cần (bao gồm khám sàng lọc và tiêm chủng), và - giới thiệu đến dịch vụ chăm sóc khác nếu quý vị cần. Lưu ý: Chúng tôi bảo hiểm cho lần thăm khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare” chỉ trong vòng 12 tháng đầu tiên kể từ khi quý vị có Medicare Phần B. Khi quý vị lên lịch hẹn, hãy cho văn phòng bác sĩ của quý vị biết rằng quý vị muốn lên lịch khám phòng ngừa “Chào mừng đến với Medicare”.	\$0

E. Bảng thủ thuật quyền lợi nha khoa được bảo hiểm

Bảng thủ thuật quyền lợi nha khoa

Quyền lợi nha khoa được bao gồm cho tất cả các Hội viên trong chương trình này và bảo hiểm một số thủ thuật nha khoa toàn diện.

Bảng thủ thuật quyền lợi nha khoa sau đây cho thấy các thủ thuật nha khoa cụ thể được Chương trình bảo hiểm miễn phí cho quý vị. Các dịch vụ liệt kê là những quyền lợi được bảo hiểm khi được cung cấp bởi nha sĩ được cấp phép trong hệ thống và khi cần thiết, theo thông lệ được xác định theo các tiêu chuẩn hành nghề nha khoa được chấp nhận rộng rãi.

Quan trọng: Vui lòng lưu ý rằng **các thủ thuật nha khoa không được liệt kê sẽ không được bảo hiểm.**

Quan trọng: Một số dịch vụ nha khoa không được bảo hiểm theo bất kỳ điều kiện nào (còn được gọi là

Loại trừ) và một số dịch vụ nha khoa chỉ được bảo hiểm theo các điều kiện cụ thể (còn được gọi là Hạn chế). Vui lòng tham khảo cột “Giới hạn chung” trong **Bảng thủ thuật quyền lợi nha khoa** bên dưới và “Các trường hợp loại trừ chung” được liệt kê sau **Bảng thủ thuật quyền lợi nha khoa** để biết thêm thông tin.

Quan trọng: Bất kỳ giới hạn tần suất nào được liệt kê trong cột “Giới hạn chung” của **Bảng thủ thuật quyền lợi nha khoa** bên dưới không chỉ định theo mỗi năm chương trình hoặc theo toàn bộ thời gian đều dựa trên ngày nhận dịch vụ cuối cùng. Ví dụ: giới hạn 6 tháng 1 lần có nghĩa là quý vị có thể nhận được dịch vụ được liệt kê sáu tháng một lần kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ đó lần cuối. Vì vậy, nếu quý vị nhận được dịch vụ đầu tiên vào ngày 1 tháng 1, quý vị sẽ đủ điều kiện nhận dịch vụ đó một lần nữa vào ngày 1 tháng 7. Nếu quý vị nhận được dịch vụ đầu tiên vào ngày 1 tháng 7, quý vị sẽ không đủ điều kiện nhận dịch vụ đó cho đến ngày 1 tháng 1 của năm chương trình tiếp theo. Các dịch vụ không có giới hạn tần suất được liệt kê là không có giới hạn khi cần thiết và theo thông lệ được xác định theo các tiêu chuẩn hành nghề nha khoa được chấp nhận rộng rãi.

Các dịch vụ được liệt kê với mã thủ thuật của Hiệp hội Nha khoa Hoa Kỳ (ADA) dựa trên thuật ngữ nha khoa hiện tại. Luật pháp 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 lại danh sách mã 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 Cơ quan Quản lý 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.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Mã ADA	Mô tả ADA cho các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán	Giới hạn chung
Dịch vụ phục hồi			
D2720	Mão răng - nhựa với kim loại cực quý hiếm	\$0	2 lần mỗi năm dương lịch
D2722	Mão răng - nhựa với kim loại quý hiếm	\$0	2 lần mỗi năm dương lịch
D2750	Mão răng - sứ bọc kim loại cực quý hiếm	\$0	2 lần mỗi năm dương lịch
D2752	Mão răng - sứ bọc kim loại quý hiếm	\$0	2 lần mỗi năm dương lịch
D2790	Mão răng - đúc toàn bộ kim loại cực quý hiếm	\$0	2 lần mỗi năm dương lịch
D2792	Mão răng - đúc toàn bộ kim loại quý hiếm	\$0	2 lần mỗi năm dương lịch
Răng giả (có thể tháo lắp)			
D5670	Thay tất cả các răng và acrylic trên khung kim loại đúc (hàm trên)	\$0	1 lần trong 6 tháng
D5671	Thay tất cả các răng và acrylic trên khung kim loại đúc (hàm dưới)	\$0	1 lần trong 6 tháng
D5710	Tái tạo nền răng giả toàn phần hàm trên	\$0	1 lần mỗi năm dương lịch (không được bảo hiểm trong 6 tháng kể từ lần đặt ban đầu)
D5711	Tái tạo nền răng giả toàn phần hàm dưới	\$0	1 lần mỗi năm dương lịch (không được bảo hiểm trong 6 tháng kể từ lần đặt ban đầu)
D5720	Tái tạo nền răng giả một phần hàm trên	\$0	1 lần mỗi năm dương lịch (không được bảo hiểm trong 6 tháng kể từ lần đặt ban đầu)
D5721	Tái tạo nền răng giả một phần hàm dưới	\$0	1 lần mỗi năm dương lịch (không được bảo hiểm trong 6 tháng kể từ lần đặt ban đầu)
Răng giả (cố định)			
D6240	Cầu răng - sứ bọc kim loại cực quý hiếm	\$0	1 răng trong mỗi 5 năm dương lịch
D6242	Cầu răng - sứ bọc kim loại quý hiếm	\$0	1 răng trong mỗi 5 năm dương lịch

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Mã ADA	Mô tả ADA cho các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán	Giới hạn chung
D6250	Cầu răng - nhựa với kim loại cực quý hiếm	\$0	1 răng trong mỗi 5 năm dương lịch
D6252	Cầu răng - nhựa với kim loại quý hiếm	\$0	1 răng trong mỗi 5 năm dương lịch
D6750	Mão răng hàm duy trì - sứ bọc kim loại cực quý hiếm	\$0	1 răng trong mỗi 5 năm dương lịch
D6752	Mão răng hàm duy trì - sứ bọc kim loại quý hiếm	\$0	1 răng trong mỗi 5 năm dương lịch
Dịch vụ phục hồi			
D2720	Mão răng - nhựa với kim loại cực quý hiếm	\$0	2 lần mỗi năm dương lịch
D2722	Mão răng - nhựa với kim loại quý hiếm	\$0	2 lần mỗi năm dương lịch
D2750	Mão răng - sứ bọc kim loại cực quý hiếm	\$0	2 lần mỗi năm dương lịch
D2752	Mão răng - sứ bọc kim loại quý hiếm	\$0	2 lần mỗi năm dương lịch
D2790	Mão răng - đúc toàn bộ kim loại cực quý hiếm	\$0	2 lần mỗi năm dương lịch
D2792	Mão răng - đúc toàn bộ kim loại quý hiếm	\$0	2 lần mỗi năm dương lịch
D5671	Thay tất cả các răng và acrylic trên khung kim loại đúc (hàm dưới)	\$0	1 lần trong 6 tháng
D5710	Tái tạo nền răng giả toàn phần hàm trên	\$0	1 lần mỗi năm dương lịch (không được bảo hiểm trong 6 tháng kể từ lần đặt ban đầu)
D5711	Tái tạo nền răng giả toàn phần hàm dưới	\$0	1 lần mỗi năm dương lịch (không được bảo hiểm trong 6 tháng kể từ lần đặt ban đầu)
D5720	Tái tạo nền răng giả một phần hàm trên	\$0	1 lần mỗi năm dương lịch (không được bảo hiểm trong 6 tháng kể từ lần đặt ban đầu)
D5721	Tái tạo nền răng giả một phần hàm dưới	\$0	1 lần mỗi năm dương lịch (không được bảo hiểm trong 6 tháng kể từ lần đặt ban đầu)

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Mã ADA	Mô tả ADA cho các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Các dịch vụ quý vị phải thanh toán	Giới hạn chung
Răng giả (cổ định)			
D6240	Cầu răng - sứ bọc kim loại cực quý hiếm	\$0	1 răng trong mỗi 5 năm dương lịch
D6242	Cầu răng - sứ bọc kim loại quý hiếm	\$0	1 răng trong mỗi 5 năm dương lịch
D6250	Cầu răng - nhựa với kim loại cực quý hiếm	\$0	1 răng trong mỗi 5 năm dương lịch
D6252	Cầu răng - nhựa với kim loại quý hiếm	\$0	1 răng trong mỗi 5 năm dương lịch
D6750	Mão răng hàm duy trì - sứ bọc kim loại cực quý hiếm	\$0	1 răng trong mỗi 5 năm dương lịch
D6752	Mão răng hàm duy trì - sứ bọc kim loại quý hiếm	\$0	1 răng trong mỗi 5 năm dương lịch

LƯU Ý: Số tiền chia sẻ chi phí của hội viên được liệt kê chỉ áp dụng khi quý vị nhận các dịch vụ nha khoa từ nha sĩ trong hệ thống.

LƯU Ý: Vì Blue Shield ký hợp đồng với Medicare hàng năm, những quyền lợi nha khoa này có thể không còn nữa vào năm tiếp theo.

Nhận dịch vụ chăm sóc nha khoa

Giới thiệu

Chương trình nha khoa của Blue Shield of California được quản lý bởi Cơ quan Quản lý Chương trình Nha khoa (DPA) ký hợp đồng, một cơ quan ký hợp đồng với Blue Shield of California để quản lý việc cung cấp dịch vụ nha khoa thông qua hệ thống các nha sĩ ký hợp đồng. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về thông tin trong phần nha khoa này, cần hỗ trợ hoặc có bất kỳ vấn đề gì, 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.

Trước khi nhận dịch vụ nha khoa

Quý vị có trách nhiệm đảm bảo rằng nha sĩ mà quý vị chọn là một nha sĩ trong hệ thống.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Chương trình nha khoa chỉ trong hệ thống này không thanh toán quyền lợi cho các nha sĩ ngoài hệ thống. Các dịch vụ từ nha sĩ ngoài hệ thống sẽ không được bảo hiểm. Khi quý vị nhận các dịch vụ từ nha sĩ ngoài hệ thống, quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán trực tiếp cho nha sĩ toàn bộ số tiền được nha sĩ tính hóa đơn.

LƯU Ý: Trạng thái của nha sĩ trong hệ thống có thể thay đổi. Nghĩa vụ của quý vị là kiểm tra xem nha sĩ hiện tại của quý vị có phải là nha sĩ trong hệ thống hay không trong trường hợp có bất kỳ thay đổi nào với danh sách nha sĩ ký hợp đồng. Quý vị có thể lấy danh sách các nha sĩ trong hệ thống ở 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 khám với nha sĩ

Ngay sau khi tham gia, quý vị sẽ nhận gói tài liệu tư cách hội viên từ DPA cho biết ngày quyền lợi của quý vị có hiệu lực cũng như địa chỉ và số điện thoại của nha sĩ trong hệ thống hoặc nha sĩ chăm sóc chính (PCD). Sau ngày hiệu lực ghi trên gói tài liệu tư cách hội viên, quý vị có thể nhận các dịch vụ chăm sóc nha khoa được bảo hiểm. Để đặt một cuộc hẹn, quý vị chỉ cần gọi cho văn phòng PCD của quý vị và xác nhận quý vị là Hội viên của Blue Shield TotalDual Plan. Các cuộc hẹn ban đầu sẽ được lên lịch trong vòng bốn tuần trừ khi có yêu cầu thời gian cụ thể. Mọi thắc mắc về khả năng đặt hẹn và tiếp cận 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 khám với PCD được chỉ định của mình để nhận các dịch vụ được bảo hiểm, ngoại trừ các dịch vụ do bác sĩ chuyên khoa được DPA chấp thuận trước bằng văn bản cung cấp. Bất kỳ phương pháp điều trị nào khác đều không được bảo hiểm trong Blue Shield TotalDual Plan.

Quý vị phải liên lạc với PCD của mình cho tất cả các nhu cầu chăm sóc nha khoa bao gồm tư vấn với bác sĩ chuyên khoa của chương trình. PCD chịu trách nhiệm cung cấp các dịch vụ nha khoa thông thường và điều phối hoặc bố trí giấy giới thiệu đến những bác sĩ chuyên khoa cần thiết khác của chương trình. Chương trình phải cho phép những giấy giới thiệu này.

Khoản đồng trả của hội viên

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

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Các dịch vụ nha khoa được bảo hiểm được cung cấp miễn phí cho quý vị từ nha sĩ trong hệ thống. Nếu quý vị chọn đến khám với nha sĩ ngoài hệ thống, sẽ không có quyền lợi nào được cung cấp và quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán trực tiếp cho nha sĩ toàn bộ số tiền được nha sĩ tính hóa đơn.

Nếu quý vị cần hỗ trợ thêm trong việc nhận thông tin về kế hoạch điều trị của mình, 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

Vào thời điểm đăng ký tham gia, quý vị phải chọn một nha sĩ trong hệ thống làm PCD của quý vị. Nếu quý vị không thể chọn nha sĩ trong hệ thống hoặc nha sĩ trong hệ thống được chọn không có sẵn, DPA sẽ yêu cầu chọn một nha sĩ trong hệ thống khác hoặc chỉ định quý vị cho một nha sĩ khác trong hệ thống. Quý vị có thể thay đổi nha sĩ trong hệ thống 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 hệ thống của quý vị nhận được thông báo và danh sách đủ điều kiện của DPA là chính xác, quý vị phải yêu cầu thay đổi nha sĩ trong hệ thống trước ngày 21 của tháng để những thay đổi đó 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

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

Nếu quý vị được DPA thông báo về yêu cầu chọn một nha sĩ khác vì lý do này, phí sao chép và chuyển các bản chụp quang tuyến X hoặc các hồ sơ khác sẽ được miễn. Đồng thời, nha sĩ trong hệ thống đang chấm dứt hợp đồng sẽ hoàn thành (a) rằng giả một phần hoặc toàn phần đang được thực hiện và (b) tất cả công việc trên mỗi răng đã bắt đầu thực hiện công việc (chẳng hạn như lắp mào răng khi răng đã được chuẩn bị).

Chăm sóc nha khoa cấp cứu

Chương trình này không thanh toán quyền lợi cho các dịch vụ chăm sóc nha khoa cấp cứu.

Lấy ý kiến thứ hai về dịch vụ chăm sóc nha khoa

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Quý vị có thể yêu cầu ý kiến thứ hai nếu quý vị không đồng ý hoặc có thắc mắc về quyết định chẩn đoán và/hoặc xác định kế hoạch điều trị do nha sĩ trong hệ thống của quý vị đưa ra. DPA cũng có thể yêu cầu quý vị nhận ý kiến thứ hai để xác minh sự cần thiết và phù hợp của việc điều trị nha khoa hoặc áp dụng quyền lợi.

Ý kiến thứ hai sẽ do một nha sĩ được cấp phép đưa ra một cách kịp thời, phù hợp với tình chất tình trạng của quý vị. Các yêu cầu liên quan đến trường hợp đe dọa sức khỏe nghiêm trọng và sắp xảy ra sẽ được duyệt xét nhanh (sự cho phép 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 đối với sự cho phép ý kiến thứ hai, hãy gọi cho bộ phận dịch vụ khách hàng của 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 gửi cho DPA.

Ý kiến thứ hai sẽ được cung cấp tại văn phòng nha sĩ khác trong hệ thống, trừ khi được DPA cho phép. DPA sẽ chấp thuận ý kiến thứ hai của một nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống nếu không có nha sĩ trong hệ thống có trình độ thích hợp. DPA sẽ chỉ thanh toán cho ý kiến thứ hai được DPA chấp thuận hoặc cho phép. Quý vị sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản nếu DPA quyết định không chấp thuận ý kiến thứ hai. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định này, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo lên Blue Shield TotalDual Plan. Tham khảo phần *Khiếu nại và kháng cáo* bên dưới để biết thêm thông tin.

Điều phối quyền lợi

Chương trình này cung cấp các quyền lợi không liên quan đến bảo hiểm của bất kỳ hợp đồng bảo hiểm theo nhóm nào khác hoặc bất kỳ chương trình quyền lợi sức khỏe theo nhóm nào khác nếu hợp đồng bảo hiểm hoặc chương trình đó bảo hiểm cho các dịch vụ hoặc chi phí ngoài việc chăm sóc nha khoa. Nếu không, các quyền lợi được cung cấp trong Chương trình này bởi các bác sĩ chuyên khoa hoặc nha sĩ ngoài hệ thống sẽ được phối hợp với các hợp đồng bảo hiểm nha khoa theo nhóm khác hoặc bất kỳ chương trình quyền lợi nha khoa theo nhóm nào. Việc xác định xem hợp đồng bảo hiểm hoặc chương trình nào là chương trình chính sẽ được điều chỉnh theo các quy tắc được nêu trong hợp đồng.



Nếu Chương trình này là phụ, chương trình này sẽ thanh toán ít hơn:

- Khoản tiền mà chương trình đáng lẽ ra phải thanh toán nếu không có bất kỳ khoản bảo hiểm quyền lợi nha khoa nào khác, hoặc;
- Tổng chi phí tự trả của Hội viên phải trả theo chương trình quyền lợi nha khoa chính khi các quyền lợi này được bảo hiểm trong Chương trình này.

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

Quy trình khiếu nại 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 hệ thống cung cấp cho đến thái độ tôn trọng và lịch sự của nhân viên trực điện thoại của chúng tôi dành cho quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc hoặc khiếu nại nào liên quan đến tính hội đủ điều kiện, sự từ chối dịch vụ nha khoa hoặc yêu cầu xin bồi hoàn, hợp đồng bảo hiểm, thủ tục hoặc hoạt động của DPA hoặc chất lượng dịch vụ nha khoa của nha sĩ trong hệ thống, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo cho Blue Shield TotalDual Plan. Vui lòng chuyển đến **Chương 9 (Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (các quyết định bảo hiểm, kháng cáo và khiếu nại))** để biết thêm thông tin về cách nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo. Nếu quý vị có thắc mắc, hãy gọi cho 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 hệ với Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan (số điện thoại được in ở bìa sau của tài liệu này).

Các trường hợp ngoại lệ thông thường đối với Chương trình HMO nha khoa

1. Bất kỳ thủ thuật nào không được liệt kê cụ thể trong *Bảng thủ thuật quyền lợi nha khoa*.
2. Bất kỳ thủ thuật nào theo ý kiến chuyên môn của nha sĩ trong hệ thống:
 - a. có tiên lượng kém về kết quả thành công và tuổi thọ hợp lý dựa trên tình trạng của răng và/hoặc các kết cấu xung quanh, hoặc
 - b. không phù hợp với các tiêu chuẩn nha khoa thường được chấp nhận.
3. Các dịch vụ chỉ dành cho mục đích thẩm mỹ hoặc cho các tình trạng là kết quả của khiếm khuyết di truyền hoặc phát triển, chẳng hạn như hở hàm ếch, dị tật hàm trên và dưới, mất răng bẩm sinh và răng bị đổi màu hoặc thiếu men.
4. Dụng cụ bị mất hoặc mất cắp như răng giả toàn phần hoặc một phần và mão răng.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



5. Thủ thuật, dụng cụ hoặc phục hồi nếu mục đích là để thay đổi kích thước chiều dọc, hoặc để chẩn đoán hoặc điều trị các tình trạng bất thường của khớp thái dương (TMJ).
6. Kim loại quý cho các thiết bị tháo rời, đế mềm bằng kim loại hoặc cố định cho răng giả toàn phần, răng giả bằng sứ, trụ cầu chính xác cho răng giả một phần có thể tháo lắp hoặc một phần cố định (lớp phủ, cấy ghép và các thiết bị liên quan) và cá nhân hóa và đặc điểm hóa răng giả toàn phần và một phần.
7. Các thiết bị và phụ kiện nha khoa hỗ trợ cấy ghép, đặt vị trí cấy ghép, bảo trì, tháo bỏ và tất cả các dịch vụ khác liên quan đến cấy ghép nha khoa.
8. Tư vấn các quyền lợi không được bảo hiểm.
9. Các dịch vụ nha khoa nhận được từ bất kỳ văn phòng nha khoa nào ngoài nha sĩ trong hệ thống được chỉ định hoặc bác sĩ chuyên khoa nha khoa được cho phép trước.
10. Tất cả các phí liên quan đến nhập viện, sử dụng hoặc lưu trú tại bệnh viện, trung tâm phẫu thuật ngoại trú, cơ sở chăm sóc mở rộng hoặc cơ sở chăm sóc tương tự khác.
11. Thuốc theo toa.
12. Chi phí nha khoa phát sinh liên quan đến bất kỳ thủ thuật nha khoa nào bắt đầu trước khi Hội viên đủ điều kiện tham gia Blue Shield TotalDual Plan. Ví dụ: răng được chuẩn bị làm mão răng và răng giả toàn phần hoặc một phần đã được thực hiện.
13. Các thiết bị và/hoặc liệu pháp cơ chức năng và cận chức năng.

F. Hỗ trợ cộng đồng

Quý vị có thể được hỗ trợ theo Chương trình chăm sóc cá nhân. Hỗ trợ cộng đồng là các dịch vụ hoặc cơ sở thay thế phù hợp về mặt y tế và hiệu quả về mặt chi phí đối với những dịch vụ được bảo hiểm theo Chương trình bảo hiểm Medi-Cal của Tiểu bang. Những dịch vụ này là tùy chọn đối với hội viên. Nếu quý vị đủ điều kiện, những dịch vụ này có thể giúp quý vị sống độc lập hơn. Những dịch vụ này 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 các bữa ăn và thực phẩm hỗ trợ về mặt y tế hoặc các bữa ăn được điều chỉnh riêng theo yêu cầu y tế, trợ giúp cho quý vị hoặc người chăm sóc của quý vị, hoặc thanh vịn tại phòng tắm và đường dốc. Hỗ trợ cộng đồng là các dịch vụ tùy chọn (không phải là quyền lợi) được Blue Shield Promise Health Plan cung cấp cho các hội viên Medi-Cal hội đủ điều kiện. Các dịch vụ này cung cấp hỗ trợ cho các hội viên ở trên và nằm ngoài Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) để tăng cường và hỗ trợ việc chăm sóc cho các hội viên. Các dịch vụ sẽ thay đổi tùy theo nhu cầu của hội viên và theo các tiêu chí về tính hội đủ điều kiện của

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Blue Shield Promise Health Plan. Cần có sự chấp thuận trước. Blue Shield Promise Health Plan cung cấp hỗ trợ cộng đồng cho các hội viên đủ điều kiện ở các quận Los Angeles và San Diego:

Điều trị bệnh hen suyễn	Những thay đổi vật lý đối với môi trường nhà ở của một cá nhân nhằm đảm bảo sức khỏe, hạnh phúc và sự an toàn, hoặc cho phép hoạt động tại nhà nếu các đợt hen suyễn cấp tính có thể dẫn đến việc nằm viện hoặc gọi các dịch vụ cấp cứu.
Dịch vụ chuyển tiếp cộng đồng/Chuyển đổi từ cơ sở điều dưỡng về nhà	Dịch vụ này giúp các hội viên sống trong cộng đồng và tránh phải tiếp tục nằm viện.
Chương trình phục hồi chức năng ban ngày	Chương trình này giúp các hội viên Medi-Cal trong một môi trường không có cơ sở chăm sóc phát triển các kỹ năng tự lực, xã hội hóa và thích ứng cần thiết để thành công trong môi trường gia đình của họ.
Thay đổi thích ứng về khả năng tiếp cận của môi trường sống (Sửa đổi nhà ở)	Thay đổi thích ứng vật lý cho ngôi nhà để đảm bảo sức khỏe, hạnh phúc và sự an toàn cho cá nhân và cho phép các hội viên được ở tại nhà của họ, mà nếu không thì họ sẽ phải ở trong cơ sở tập trung.
Đặt cọc nhà ở	Các hội viên được trợ giúp tìm kiếm, điều phối, đảm bảo hoặc tài trợ cho các dịch vụ một lần cần thiết để thiết lập một hộ gia đình cơ bản.
Dịch vụ tìm cách chuyển đổi nhà ở	Các hội viên nhận được sự giúp đỡ để có được nhà ở.
Thuê nhà ở và dịch vụ duy trì	Các hội viên được giúp duy trì việc thuê nhà an toàn và ổn định sau khi tìm được nhà ở.
Bữa ăn được điều chỉnh riêng theo yêu cầu y tế/Thực phẩm hỗ trợ về mặt y tế	Hỗ trợ dinh dưỡng cho các hội viên, đặc biệt là những người có các tình trạng mạn tính, khi mà việc đáp ứng các mục tiêu dinh dưỡng là rất quan trọng để trở nên khỏe mạnh và duy trì sức khỏe
Chuyển đổi cơ sở điều dưỡng/Chuyển sang các cơ sở sinh hoạt có sự hỗ trợ	Điều này giúp các hội viên sống trong cộng đồng hoặc tránh phải nhập viện nếu có thể.
Dịch vụ chăm sóc cá nhân và nội trợ	Hội viên được trợ giúp các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL) như tắm rửa, mặc quần áo, đi vệ sinh, đi lại hoặc ăn uống, và dịch vụ chăm sóc cá nhân như chuẩn bị bữa ăn, mua

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

	thực phẩm và quản lý tiền bạc cho những hội viên không thể ở trong nhà nếu không có những hỗ trợ này.
Chăm sóc hồi phục (Chăm sóc y tế thay thế ngắn hạn)	Chăm sóc nội trú ngắn hạn cho những người không cần nằm viện nữa, nhưng vẫn cần chữa lành thương tích hoặc chứng bệnh, bao gồm cả tình trạng sức khỏe tâm thần có thể trở nên tồi tệ hơn trong môi trường sống không ổn định
Dịch vụ chăm sóc thay thế ngắn hạn dành cho người chăm sóc của hội viên Medi-Cal	Giảm nhẹ nhiệm vụ chăm sóc ngắn hạn, phí y tế cho những người chăm sóc của hội viên Medi-Cal cần giám sát tạm thời không liên tục.
Nhà ở ngắn hạn sau khi nằm viện	Một nơi dành cho các hội viên có nhu cầu cao về y tế hoặc hành vi mà không có nơi cư trú để tiếp tục phục hồi ngay sau khi rời bệnh viện nội trú hoặc cơ sở nội trú.
Trung tâm giúp làm tỉnh rượu	Những nơi an toàn, hỗ trợ cho các cá nhân để họ trở nên tỉnh táo sau khi bị phát hiện say xỉn nơi công cộng do rượu hoặc ma túy, và giúp đỡ cho những cá nhân đang gặp tình trạng vô gia cư hoặc có hoàn cảnh sống không ổn định, mà nếu không thì họ có thể bị đưa đến khoa cấp cứu hoặc nhà tù.

Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc muốn tìm hiểu về những hỗ trợ cộng đồng có thể áp dụng cho quý vị, xin gọi (800) 452-4413 (TTY 711) hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Thông tin cho các hội viên

- Gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Promise Health Plan tại khu vực của quý vị vào các ngày trong tuần từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều: Los Angeles: (800) 605-2556 / San Diego: (855) 699-5557
- Gọi Health Care Options (HCO) theo số (800) 430-4263 (TTY (800) 430-7077)
- Truy cập Ban Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe để biết thêm thông tin: <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandILOS.aspx>

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



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

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

G1. Chuyển tiếp cộng đồng California (CCT)

Chương trình Chuyển tiếp cộng đồng California (CCT) sử dụng các Tổ chức Lãnh đạo tại địa phương để trợ giúp những người thụ hưởng Medi-Cal đủ điều kiện, những người đã sống tại cơ sở điều trị nội trú trong ít nhất 90 ngày liên tiếp, chuyển trở lại và tiếp tục sống an toàn trong môi trường cộng đồng. Chương trình CCT tài trợ cho các dịch vụ điều phối chuyển tiếp trong giai đoạn trước chuyển tiếp và trong 365 ngày sau chuyển tiếp để hỗ trợ những người thụ hưởng quay trở lại môi trường cộng đồng.

Quý vị có thể nhận các dịch vụ điều phối chuyển tiếp từ bất kỳ Tổ chức Lãnh đạo CCT nào phục vụ quận nơi quý vị sinh sống. Quý vị có thể tìm thấy danh sách các Tổ chức Lãnh đạo CCT và các quận mà họ phục vụ trên trang web của Ban Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe tại: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Đối với các dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT

Medi-Cal thanh toán cho các dịch vụ điều phối chuyển tiếp. Quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ này.

Đối với các dịch vụ không liên quan đến quá trình chuyển tiếp CCT của quý vị

Nhà cung cấp dịch vụ 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 quá trình chuyển tiếp của quý vị. Quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ này.

Trong khi quý vị nhận được các dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT, chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi ở **Phần D**.

Không có thay đổi về quyền lợi bảo hiểm thuốc

Chương trình CCT **không** bảo hiểm cho thuốc. Quý vị tiếp tục nhận được quyền lợi về thuốc thông thường thông qua chương trình của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc chuyển tiếp không thuộc CCT, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị để sắp xếp các dịch vụ. Chăm sóc chuyển tiếp không thuộc CCT **không** liên quan đến việc quý vị chuyển tiếp từ một tổ chức hoặc cơ sở.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



G2. Nha khoa Medi-Cal

Một số dịch vụ nha khoa được cung cấp thông qua Nha khoa Medi-Cal. Thông tin thêm có trên trang web SmileCalifornia.org. Nha khoa Medi-Cal bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở các dịch vụ như:

- khám ban đầu, chụp X-quang, làm sạch và điều trị bằng florua
- phục hồi và mào răng
- liệu pháp chữa ống tủy chân răng
- răng giả một phần và toàn bộ, điều chỉnh, sửa chữa và gắn lại

Để biết thêm thông tin về các quyền lợi nha khoa có trong Nha khoa Medi-Cal hoặc nếu quý vị cần trợ giúp tìm nha sĩ chấp nhận Medi-Cal, hãy liên hệ với đường dây dịch vụ khách hàng theo số 1-800-322-6384 (người dùng TTY gọi 1-800-735-2922). Cuộc gọi này miễn phí. Đại diện Nha khoa Medi-Cal sẵn sàng hỗ trợ quý vị từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu. Quý vị cũng có thể truy cập trang web tại smilecalifornia.org/ để biết thêm thông tin.

Tại quận Los Angeles, quý vị có thể nhận được các quyền lợi nha khoa Medi-Cal thông qua chương trình Quản lý chăm sóc nha khoa (DMC). Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về các chương trình nha khoa Medi-Cal hoặc muốn thực hiện thay đổi, hãy liên hệ với Health Care Options theo số 1-800-430-4263 (người dùng TTY gọi 1-800-430-7077), từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Cuộc gọi này miễn phí. Thông tin liên hệ DMC cũng có sẵn tại đây: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.
<http://www.hpsm.org/dental>

Lưu ý: Chương trình của chúng tôi cung cấp thêm các dịch vụ nha khoa. Tham khảo Bảng Quyền lợi ở **Phần D** để biết thêm thông tin.

G3. Chăm sóc giai đoạn cuối đời

Quý vị có quyền lựa chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời nếu nhà cung cấp dịch vụ và giám đốc y tế dịch vụ chăm sóc cuối đời xác định rằng quý vị có tiên lượng bệnh giai đoạn cuối. Điều này có nghĩa là quý vị mắc một căn bệnh giai đoạn cuối và dự kiến sẽ sống không quá sáu tháng. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ 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 cuối đời được Medicare chứng nhận. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của quý vị có thể là nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống hoặc nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống.

Tham khảo Bảng Quyền lợi ở **Phần D** để biết thêm thông tin về số tiền chúng tôi thanh toán khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Đối với những dịch vụ chăm sóc cuối đời và những dịch vụ được Medicare Phần A hoặc Phần B bảo hiểm có liên quan đến bệnh giai đoạn cuối của quý vị

- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời sẽ tính hóa đơn cho Medicare đối với các dịch vụ của quý vị. Medicare thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc cuối đời liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối đời của quý vị. Quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ này.

Đối với các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc Phần B bảo hiểm và không có liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị

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

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

- Thuốc không bao giờ được cả chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi bảo hiểm cùng một lúc. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

Lưu ý: Nếu quý vị bị bệnh nghiêm trọng, quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc làm giảm đau, cung cấp dịch vụ chăm sóc tập trung vào bệnh nhân và gia đình bởi một nhóm để cải thiện chất lượng cuộc sống của quý vị. Quý vị có thể nhận được chăm sóc làm giảm đau cùng lúc với chăm sóc chữa bệnh/chăm sóc định kỳ. Vui lòng xem phần Chăm sóc làm giảm đau ở trên để biết thêm thông tin.

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

G4. Dịch vụ trợ giúp tại nhà (IHSS)

- Chương trình IHSS sẽ giúp thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp cho quý vị để quý vị có thể tiếp tục sống an toàn trong chính ngôi nhà của mình. IHSS được coi là một giải pháp thay thế cho dịch vụ chăm sóc bên ngoài nhà, như viện điều dưỡng hoặc các cơ sở cung cấp dịch vụ ăn ở và chăm sóc.
- Các loại dịch vụ có thể được chấp thuận thông qua IHSS là dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt là, đi chợ, dịch vụ chăm sóc cá nhân (chẳng hạn như các dịch vụ chăm sóc tiểu tiện và đại tiện, tắm rửa, chải chuốt và trợ y), đi cùng đến các cuộc hẹn y tế và giám sát bảo vệ đối với những người bị suy giảm sức khỏe tâm thần.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Điều phối viên chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký nhận IHSS với cơ quan dịch vụ xã hội tại quận của quý vị. Quý vị cũng có thể liên hệ với văn phòng IHSS Los Angeles theo số (888) 944-4477 và văn phòng IHSS San Diego theo số (800) 339-4661 để đăng ký.

G5. Chương trình Miễn trừ Dịch vụ tại Nhà và Cộng đồng (HCBS) 1915(c)

Miễn trừ hỗ trợ sinh hoạt (ALW)

- Chương trình Miễn trừ hỗ trợ sinh hoạt (ALW) cung cấp cho những người thụ hưởng đủ điều kiện Medi-Cal lựa chọn cư trú trong một môi trường được hỗ trợ sinh hoạt như một giải pháp thay thế cho việc đưa vào cơ sở điều dưỡng dài hạn. Mục tiêu của ALW là tạo điều kiện thuận lợi cho việc chuyển đổi từ cơ sở điều dưỡng trở lại môi trường cộng đồng và giống như ở nhà hoặc ngăn chặn việc tiếp nhận vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn đối với những người thụ hưởng mới xuất hiện nhu cầu được ở tại cơ sở điều dưỡng.
- Hội viên đã đăng ký tham gia chương trình ALW có thể tiếp tục duy trì tham gia ALW đồng thời nhận được các quyền lợi do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi làm việc với Cơ quan Điều phối Chăm sóc ALW của quý vị để điều phối các dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Điều phối viên chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký tham gia ALW. Quý vị có thể tìm các cơ quan tại địa phương có thể điều phối việc chăm sóc của quý vị cho chương trình ALW tại đây:
dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf.

Miễn trừ HCBS dành cho người dân California bị khuyết tật phát triển (HCBS-DD)

Miễn trừ của Chương trình Tự Quyết định (SDP) của California dành cho người khuyết tật phát triển

- Có hai chương trình miễn trừ 1915(c), Miễn trừ HCBS-DD và Miễn trừ SDP, cung cấp dịch vụ cho những người được chẩn đoán bị khuyết tật phát triển bắt đầu trước ngày sinh nhật thứ 18 của người đó và dự kiến sẽ tiếp tục vô thời hạn. Cả hai chương trình miễn trừ là một cách để tài trợ cho một số dịch vụ nhất định cho phép người khuyết tật phát triển sống tại nhà hoặc trong cộng đồng thay vì cư trú tại cơ sở y tế được cấp phép. Chi phí cho các dịch vụ này được đồng tài trợ bởi chương trình Medicaid của chính phủ liên bang và Tiểu bang California. Điều phối viên chăm sóc của quý vị có thể giúp kết nối quý vị với các dịch vụ Miễn trừ DD.

Miễn trừ của chương trình Giải pháp thay thế tại nhà và cộng đồng (HCBA)

- Chương trình Miễn trừ HCBA cung cấp các dịch vụ quản lý chăm sóc cho những người có nguy cơ phải vào viện điều dưỡng hoặc cơ sở chăm sóc. Các dịch vụ quản lý chăm sóc được cung cấp bởi Nhóm Quản lý Chăm sóc đa ngành bao gồm y tá và nhân viên xã hội. Nhóm điều phối các dịch vụ miễn trừ và chương trình Tiểu bang (chẳng hạn như y tế, sức khỏe hành vi, Dịch vụ trợ giúp tại nhà, v.v.) và sắp xếp các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn khác có sẵn trong cộng đồng địa phương. Các dịch vụ quản lý chăm sóc và miễn trừ được cung cấp tại nơi cư trú trong cộng đồng của người tham gia. Nơi cư trú này có thể thuộc sở hữu tư nhân, được bảo đảm thông qua hợp đồng thuê nhà hoặc nơi ở của thành viên gia đình của người tham gia.
- Các hội viên đã đăng ký tham gia chương trình Miễn trừ HCBA có thể tiếp tục tham gia chương trình Miễn trừ HCBA trong khi vẫn nhận được các quyền lợi do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi làm việc với cơ quan miễn trừ HCBA của quý vị để điều phối các dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Điều phối viên chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký tham gia HCBA.
 - Tùy thuộc vào mã zip của quý vị ở Quận Los Angeles, Đối tác Chăm sóc hoặc Access TLC là cơ quan HCBA tại địa phương của quý vị. Để tìm hiểu cơ quan nào giúp mã zip nơi quý vị sống trong lần thăm khám: [https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx)
 - Gọi cho Đối tác Chăm sóc theo số (800) 251-6764
 - Gọi cho Access TLC theo số (800) 852-9887
 - San Ysidro Health là Cơ quan HCBA địa phương của Quận San Diego. Gọi cho San Ysidro Health theo số (833) 503-5910, 8 giờ sáng – 5 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu.

Chương trình miễn trừ Medi-Cal (MCWP)

- Chương trình miễn trừ Medi-Cal (MCWP) cung cấp các dịch vụ quản lý ca bệnh toàn diện và dịch vụ chăm sóc trực tiếp cho những người nhiễm HIV như một giải pháp thay thế cho việc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng hoặc nhập viện. Quản lý hồ sơ là phương pháp tiếp cận theo nhóm, lấy người tham gia làm trung tâm, bao gồm một y tá chuyên nghiệp và người quản lý trường hợp công tác xã hội. Người quản lý hồ sơ làm việc với người tham gia và (các) bác sĩ chăm sóc chính, gia đình, (những) người chăm sóc và các nhà cung cấp dịch vụ khác để đánh giá nhu cầu chăm sóc nhằm giữ cho người tham gia ở lại nhà và cộng đồng của họ.

- Mục tiêu của MCWP là: (1) cung cấp các dịch vụ tại nhà và cộng đồng cho người nhiễm HIV, là những người có thể cần các dịch vụ tại cơ sở chăm sóc; (2) hỗ trợ người tham gia kiểm soát sức khỏe HIV; (3) cải thiện khả năng tiếp cận hỗ trợ sức khỏe hành vi và xã hội và (4) điều phối các nhà cung cấp dịch vụ và loại bỏ sự trùng lặp của các dịch vụ.
- Các hội viên đã đăng ký tham gia chương trình Miễn trừ MCWP có thể tiếp tục tham gia chương trình Miễn trừ MCWP, đồng thời nhận được các quyền lợi do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi làm việc với cơ quan miễn trừ MCWP của quý vị để điều phối các dịch vụ mà quý vị nhận được.
- Điều phối viên chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký tham gia MCWP. Hệ thống Đánh giá và Thông tin Khu vực về AIDS (ARIES) mở cửa từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều (Giờ Thái Bình Dương). Để liên hệ với Bộ phận Trợ giúp:
 - Gọi 1-866-411-ARIES (2743) hoặc
 - Gửi yêu cầu Bộ phận trợ giúp ARIES đến aries@cdph.ca.gov trong đó ghi tên, cơ quan, số điện thoại, câu hỏi/vấn đề của quý vị. KHÔNG đưa vào bất kỳ thông tin nào về khách hàng.

Chương trình Dịch vụ Đa dạng cho Người Cao tuổi (MSSP)

- Chương trình Dịch vụ Đa dạng cho Người Cao tuổi (MSSP) cung cấp cả dịch vụ quản lý chăm sóc sức khỏe và xã hội để hỗ trợ các cá nhân tiếp tục ở nhà và cộng đồng của mình.
- Mặc dù hầu hết những người tham gia chương trình cũng nhận được Dịch vụ trợ giúp tại nhà, MSSP cung cấp sự điều phối chăm sóc liên tục, liên kết người tham gia với các nguồn lực và dịch vụ cộng đồng cần thiết khác, phối hợp với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và mua một số dịch vụ cần thiết mà nếu không thì không có sẵn để phòng ngừa hoặc trì hoãn việc phải vào cơ sở chăm sóc. Tổng chi phí kết hợp hàng năm của dịch vụ quản lý chăm sóc và các dịch vụ khác phải thấp hơn chi phí nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
- Một nhóm các chuyên gia dịch vụ xã hội và y tế cung cấp cho mỗi người tham gia MSSP bản đánh giá sức khỏe và tâm lý xã hội đầy đủ để xác định các dịch vụ cần thiết. Sau đó, nhóm làm việc với người tham gia MSSP, bác sĩ, gia đình của họ và những người khác để phát triển chương trình chăm sóc cá nhân. Các dịch vụ bao gồm:

- quản lý dịch vụ chăm sóc
 - chăm sóc ban ngày dành cho người lớn
 - sửa chữa/bảo trì nhỏ tại nhà
 - các dịch vụ bổ sung cho việc nhà, chăm sóc cá nhân và giám sát bảo vệ
 - dịch vụ chăm sóc thay thế tạm thời
 - dịch vụ chuyên chở
 - dịch vụ tư vấn và trị liệu
 - dịch vụ ăn uống
 - dịch vụ thông tin liên lạc.
- Các hội viên đã đăng ký tham gia chương trình Miễn trừ MSSP có thể tiếp tục tham gia chương trình Miễn trừ MSSP đồng thời nhận được các quyền lợi do chương trình của chúng tôi cung cấp. Chương trình của chúng tôi làm việc với nhà cung cấp dịch vụ MSSP của quý vị để điều phối các dịch vụ quý vị nhận được.
 - Điều phối viên chăm sóc của quý vị có thể giúp quý vị đăng ký tham gia MSSP. Quý vị có thể tìm nhà cung cấp dịch vụ MSSP trong khu vực của mình bằng cách gọi cho Bộ Phụ trách Người Cao tuổi California theo số 1-800-510-2020 hoặc bằng cách chọn quận của quý vị trên trang Tìm Dịch vụ trong Quận của tôi tại trang web của Bộ Phụ trách Người Cao tuổi California:
https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty

G6. Dịch vụ Sức khỏe Hành vi của Quận được cung cấp bên ngoài Chương trình của chúng tôi (Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần và Rối loạn Sử dụng Chất kích thích)

Quý vị có quyền tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal bảo hiểm. Chúng tôi cung cấp khả năng tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi được Medicare và chương trình quản lý chăm sóc của Medi-Cal bảo hiểm. Chương trình của chúng tôi không cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal hoặc các dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất kích thích của quận, nhưng những dịch vụ này được cung cấp cho quý vị thông qua các cơ quan chăm sóc sức khỏe hành vi của quận.

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình bảo hiểm sức khỏe tâm thần (MHP) của quận nếu quý vị đáp ứng tiêu



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

chí để tiếp cận các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa. Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa của Medi-Cal do MHP quận của quý vị cung cấp bao gồm:

- dịch vụ sức khỏe tâm thần
- dịch vụ hỗ trợ về thuốc
- điều trị tích cực ban ngày
- phục hồi chức năng ban ngày
- can thiệp khủng hoảng
- ổn định khủng hoảng
- dịch vụ điều trị tại nhà dành cho người lớn
- dịch vụ điều trị tại nhà dành cho người bị khủng hoảng
- dịch vụ tại cơ sở y tế tâm thần
- dịch vụ điều trị tâm thần nội trú tại bệnh viện
- quản lý ca bệnh theo mục tiêu
- dịch vụ hành vi trị liệu
- điều phối chăm sóc tích cực
- dịch vụ chăm sóc tích cực tại nhà

Các dịch vụ của Hệ thống Phân phối Thuốc có Tổ chức Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua cơ quan sức khỏe hành vi của quận nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí để nhận được các dịch vụ này. Các dịch vụ về thuốc Medi-Cal do quận của quý vị cung cấp bao gồm:

- dịch vụ điều trị tích cực cho bệnh nhân ngoại trú
- điều trị rối loạn sử dụng chất kích thích tại nhà chu sinh
- dịch vụ điều trị ngoại trú
- chương trình điều trị ma túy
- thuốc điều trị nghiện (còn gọi là Điều trị hỗ trợ bằng thuốc)

Dịch vụ của Hệ thống Phân phối Thuốc có Tổ chức của Medi-Cal bao gồm:

- dịch vụ điều trị ngoại trú



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

- dịch vụ điều trị tích cực cho bệnh nhân ngoại trú
- thuốc điều trị nghiện (còn gọi là Điều trị hỗ trợ bằng thuốc)
- dịch vụ điều trị tại nhà
- dịch vụ quản lý cai nghiện
- chương trình điều trị ma túy
- dịch vụ phục hồi
- điều phối chăm sóc

Ngoài các dịch vụ được liệt kê ở trên, quý vị có thể tiếp cận các dịch vụ cai nghiện tự nguyện dành cho bệnh nhân nội trú nếu quý vị đáp ứng tiêu chí.

Tính sẵn có của dịch vụ sức khỏe hành vi

Có một loạt các dịch vụ toàn diện sẵn có dành cho quý vị. Quý vị có thể tự giới thiệu mình đến Nhà cung cấp dịch vụ đã ký hợp đồng và cũng có thể được PCP, thành viên gia đình, v.v. giới thiệu. “Không có rào cản” trong việc tiếp cận dịch vụ. Quý vị có thể liên hệ với những nơi sau để được hỗ trợ nhận dịch vụ:

- Đường dây trợ giúp khủng hoảng và giới thiệu của quận (vui lòng tham khảo Chương 2, Phần K trong sổ tay này để biết số điện thoại và thời gian làm việc)
- Sở Y tế Công cộng, Phòng chống và Kiểm soát Lạm dụng Chất kích thích Quận Los Angeles (vui lòng gọi 888-742-7900 (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần)
- Sức khỏe Hành vi Quận San Diego – Dịch vụ Điều trị Rối loạn Sử dụng Chất kích thích (vui lòng gọi số 888-724-7240 (TTY: 711), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần)
- Đường dây về sức khỏe hành vi của Blue Shield TotalDual Plan (vui lòng tham khảo **Chương 2, Phần D** trong *Cẩm Nang Hội Viên* để biết số điện thoại và giờ làm việc)
- Bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan (số điện thoại và giờ làm việc in ở cuối trang này).

Quy trình xác định các dịch vụ cần thiết về mặt y tế

Sự cần thiết về mặt y tế do nhà cung cấp dịch vụ được cấp phép phù hợp xác định. Tiêu chí cần thiết về mặt y tế được cả Blue Shield TotalDual Plan và Quận sử dụng, được phát triển bởi các chuyên gia về sức khỏe hành vi và các bên liên quan khác và nhất quán với các yêu cầu theo quy định.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Quy trình giới thiệu giữa Blue Shield TotalDual Plan và Quận

Nếu quý vị đang nhận dịch vụ từ Blue Shield TotalDual Plan hoặc từ Quận, quý vị có thể được giới thiệu đến một cơ quan khác phù hợp với nhu cầu của mình. Blue Shield TotalDual Plan hoặc Quận có thể giới thiệu quý vị bằng cách gọi cho cơ quan mà quý vị sẽ được giới thiệu đến. Ngoài ra, biểu mẫu giới thiệu sẽ được nhà cung cấp dịch vụ giới thiệu điền vào và sẽ được gửi đến tổ chức mà quý vị đang được giới thiệu đến.

Quy trình giải quyết vấn đề

Nếu có tranh chấp giữa quý vị và Quận hoặc Blue Shield TotalDual Plan, quý vị sẽ tiếp tục nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi cần thiết về mặt y tế, kể cả thuốc theo toa, cho đến khi tranh chấp được giải quyết. Blue Shield TotalDual Plan đã làm việc với Quận để triển khai các quy trình giải quyết kịp thời và không gây ảnh hưởng tiêu cực đến các dịch vụ mà hội viên đang cần nhận. Quý vị cũng có thể sử dụng quy trình kháng cáo của Blue Shield TotalDual Plan hoặc Quận, tùy thuộc vào tổ chức mà quý vị đang có tranh chấp.

H. Các quyền lợi không được chương trình của chúng tôi, Medicare hoặc Medi-Cal bảo hiểm

Mục này cho quý vị biết về các quyền lợi mà chương trình của chúng tôi loại trừ. "Bị loại trừ" có nghĩa là chúng tôi không thanh toán cho các quyền lợi này. Medicare và Medi-Cal cũng sẽ không thanh toán cho các quyền lợi này.

Danh sách dưới đây mô tả một số dịch vụ và vật dụng không được chúng tôi bảo hiểm theo bất kỳ điều kiện nào và một số dịch vụ và vật dụng chúng tôi chỉ loại trừ trong một số trường hợp.

Chúng tôi sẽ không thanh toán cho các quyền lợi y tế bị loại trừ đã nêu trong mục này (hoặc phần khác trong *Cẩm Nang Hội Viên*) ngoại trừ theo các điều kiện cụ thể đã liệt kê. Ngay cả khi quý vị nhận được các dịch vụ tại cơ sở cấp cứu, chương trình sẽ không thanh toán cho các dịch vụ đó. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi cần thanh toán cho một dịch vụ không được bảo hiểm, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. Để biết thông tin về kháng cáo, hãy tham khảo

Chương 9 trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

Ngoài bất kỳ trường hợp loại trừ hoặc giới hạn nào được mô tả trong Bảng Quyền lợi, chương trình của chúng tôi không bảo hiểm cho các vật dụng và dịch vụ sau:

- các dịch vụ được coi là không "hợp lý và cần thiết về mặt y tế", theo Medicare và Medi-Cal, trừ khi được liệt kê là các dịch vụ được bảo hiểm
- các biện pháp điều trị, vật dụng và thuốc phẫu thuật và y tế mang tính thử nghiệm, trừ khi được Medicare, một công trình nghiên cứu khảo sát lâm sàng được Medicare chấp thuận hoặc chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Tham khảo **Chương 3** trong *Cẩm Nang Hội Viên* để biết thêm thông tin về các công trình nghiên cứu lâm sàng. Các biện pháp điều trị và vật dụng mang tính thử nghiệm là những loại thông thường không được cộng đồng y tế chấp nhận.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- điều trị phẫu thuật cho chứng béo phì, trừ khi cần thiết về mặt y tế và được Medicare thanh toán.
- một phòng riêng trong bệnh viện, trừ khi cần thiết về mặt y tế.
- y tá chăm sóc riêng
- các vật dụng cá nhân trong phòng của quý vị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng, chẳng hạn như điện thoại hoặc tivi.
- chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà quý vị
- phí trả cho người thân hoặc thành viên trong hộ gia đình quý vị
- các thủ thuật hoặc dịch vụ tăng cường tự chọn hoặc tự nguyện (bao gồm giảm cân, mọc tóc, hoạt động tình dục, hoạt động thể thao, mục đích thẩm mỹ, chống lão hóa và hoạt động tinh thần), trừ khi cần thiết về mặt y tế
- phẫu thuật thẩm mỹ hoặc thủ thuật thẩm mỹ khác, trừ khi cần thiết do thương tích tai nạn hoặc để cải thiện bộ phận cơ thể có hình dạng không phù hợp. Tuy nhiên, chúng tôi sẽ thanh toán cho việc tái tạo vú sau khi giải phẫu cắt bỏ vú và cho việc điều trị bên vú còn lại để trông cân đối
- dịch vụ chăm sóc chỉnh hình, ngoài thao tác nắn cột sống bằng tay theo hướng dẫn bảo hiểm của Medicare.
- chăm sóc bàn chân định kỳ, ngoại trừ như được mô tả trong các dịch vụ Điều trị bệnh về chân trong Bảng Quyền lợi ở **Phần D**
- giày chỉnh hình, trừ khi đó là giày kết hợp nẹp chân và được bao gồm trong chi phí nẹp hoặc giày dành cho người mắc bệnh về chân do tiểu đường
- giày chỉnh hình hoặc giày liệu pháp dành cho người mắc bệnh về chân do tiểu đường
- rạch giác mạc hình nan hoa, phẫu thuật LASIK, liệu pháp thị lực và hỗ trợ thị lực kém.
- các thủ thuật phục hồi khả năng sinh sản
- các dịch vụ liệu pháp tự nhiên (sử dụng phương pháp điều trị tự nhiên hoặc phương pháp điều trị thay thế).
- các dịch vụ được cung cấp cho cựu chiến binh tại các cơ sở của Bộ Cựu Chiến Binh (VA). Tuy nhiên, khi cựu chiến binh nhận các dịch vụ cấp cứu tại bệnh viện VA và khoản chia sẻ chi phí của VA nhiều hơn khoản đồng thanh toán theo chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ bồi hoàn phần chênh lệch cho cựu chiến binh. Quý vị vẫn chịu trách nhiệm trả các khoản chia sẻ chi phí của mình.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Chương 5: Nhận thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú

Giới thiệu

Chương này giải thích các quy tắc để nhận thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú của quý vị. Đây là các loại thuốc mà nhà cung cấp dịch vụ của quý vị chỉ định cho quý vị mua từ một nhà thuốc hoặc mua thuốc giao hàng tại nhà. Bao gồm các loại thuốc được bảo hiểm theo Medicare Phần D và Medi-Cal. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của Cẩm Nang Hội Viên.

Chúng tôi cũng bảo hiểm cho các loại thuốc sau đây, mặc dù chúng không được thảo luận trong chương này:

- **Các loại thuốc được bảo hiểm theo Medicare Phần A.** Bao gồm một số loại thuốc thường được cung cấp cho quý vị trong khi quý vị nằm viện hoặc ở cơ sở điều dưỡng.
- **Các loại thuốc được bảo hiểm theo Medicare Phần B.** Bao gồm một số loại thuốc hóa trị, một số thuốc tiêm được cung cấp cho quý vị trong lần thăm khám tại phòng mạch với bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác và các loại thuốc quý vị được cung cấp tại phòng khám thẩm tách. Để tìm hiểu thêm các loại thuốc Medicare Phần B nào được bảo hiểm, vui lòng xem Bảng Quyền lợi ở **Chương 4** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.
- Ngoài Medicare Phần D của chương trình và bảo hiểm quyền lợi y tế, thuốc của quý vị có thể được Original Medicare bảo hiểm nếu quý vị đang nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời của Medicare. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo **Chương 5**, Phần F “Nếu quý vị đang tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận”.

Các quy tắc về bảo hiểm thuốc dành cho bệnh nhân ngoại trú trong chương trình của chúng tôi

Thông thường chúng tôi sẽ bảo hiểm cho các loại thuốc của quý vị khi quý vị tuân theo các quy tắc trong mục này.

Quý vị phải yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ (bác sĩ, nha sĩ hoặc người kê toa khác) kê toa cho mình, toa thuốc này phải hợp lệ theo luật hiện hành của tiểu bang. Người này thường là bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của quý vị. Đó cũng có thể là một nhà cung cấp khác nếu PCP của quý vị đã giới thiệu quý vị đến để nhận dịch vụ chăm sóc.

Người kê toa của quý vị **không** được nằm trong Danh sách loại trừ của Medicare hoặc bất kỳ danh sách Medi-Cal tương tự nào.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Thông thường, quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc theo toa. Hoặc quý vị có thể mua thuốc theo toa thông qua dịch vụ giao hàng tại nhà của chương trình.

Thuốc theo toa của quý vị phải nằm trong *Danh sách thuốc được bảo hiểm* trong chương trình của chúng tôi. Chúng tôi gọi tắt là “*Danh sách thuốc*”. (Tham khảo **Phần B** của chương này.)

- Nếu thuốc đó không nằm trong *Danh sách thuốc*, chúng tôi có thể bảo hiểm bằng cách cấp trường hợp ngoại lệ cho quý vị.
- Tham khảo **Chương 9** để tìm hiểu về cách yêu cầu trường hợp ngoại lệ.
- Cũng xin lưu ý rằng yêu cầu bảo hiểm cho thuốc theo toa của quý vị sẽ được đánh giá theo cả tiêu chuẩn của Medicare và Medi-Cal.

Thuốc của quý vị phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Điều này có nghĩa là việc sử dụng thuốc này được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) chấp thuận hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo y tế nhất định. Người kê toa của quý vị có thể giúp xác định các tài liệu tham khảo y tế để hỗ trợ việc sử dụng thuốc theo toa. Thuốc được sử dụng để điều trị các tình trạng không được FDA hoặc tài liệu tham khảo xác nhận được gọi là chỉ định “không theo hướng dẫn trên nhãn” (off-label). Thuốc được sử dụng theo chỉ định “không theo hướng dẫn trên nhãn” không phải là chỉ định được chấp nhận về mặt y tế và do đó không phải là quyền lợi được bảo hiểm trừ khi việc sử dụng “không theo hướng dẫn trên nhãn” này được ghi trong một trong số tài liệu tham khảo được CMS chấp thuận.

Thuốc của quý vị có thể cần được sự chấp thuận trước khi chúng tôi bảo hiểm cho thuốc đó. Tham khảo **Phần C** trong chương này.

Mục lục

A. Mua thuốc theo toa	162
A1. Mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong hệ thống	162
A2. Sử dụng Thẻ ID Hội viên của quý vị khi mua thuốc theo toa	162
A3. Phải làm gì nếu quý vị thay đổi nhà thuốc trong hệ thống của mình	162
A4. Phải làm gì nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi hệ thống	163
A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên khoa	163
A6. Sử dụng dịch vụ giao hàng tại nhà để nhận thuốc của quý vị	163
A7. Nhận lượng cấp thuốc dài hạn	165

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



A8. Sử dụng nhà thuốc không nằm trong hệ thống chương trình của chúng tôi	166
A9. Trả lại tiền cho quý vị cho thuốc theo toa	166
B. <i>Danh sách thuốc</i> trong chương trình của chúng tôi	167
B1. Các loại thuốc trong <i>Danh sách thuốc</i> của chúng tôi.....	167
B2. Cách tìm một loại thuốc trong <i>Danh sách thuốc</i> của chúng tôi.....	167
B3. Thuốc không có trong <i>Danh sách thuốc</i> của chúng tôi.....	168
B4. Các bậc chia sẻ chi phí của <i>Danh sách thuốc</i>	169
C. Giới hạn đối với một số loại thuốc.....	170
D. Tại sao thuốc quý vị dùng có thể không được bảo hiểm	172
D1. Nhận lượng cấp thuốc tạm thời.....	172
D2. Yêu cầu cấp thuốc tạm thời.....	173
D3. Yêu cầu trường hợp ngoại lệ.....	174
E. Thay đổi bảo hiểm cho thuốc của quý vị.....	174
F. Bảo hiểm thuốc trong các trường hợp đặc biệt.....	177
F1. Đang nằm tại bệnh viện hoặc trong một cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình của chúng tôi bảo hiểm	177
F2. Đang ở tại cơ sở chăm sóc dài hạn.....	177
F3. Trong chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận	178
G. Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc	178
G1. Các chương trình giúp quý vị sử dụng thuốc một cách an toàn.....	178
G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc.....	179
G3. Chương trình quản lý thuốc để sử dụng an toàn thuốc opioid	180



A. Mua thuốc theo toa

A1. Mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong hệ thống

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ thanh toán cho thuốc theo toa chỉ khi các thuốc đó được mua ở bất kỳ nhà thuốc nào trong hệ thống của chúng tôi. Nhà thuốc trong hệ thống là hiệu thuốc đã đồng ý bán thuốc theo toa cho hội viên trong chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể sử dụng bất kỳ nhà thuốc nào trong hệ thống của chúng tôi.

Để tìm nhà thuốc trong hệ thống, quý vị có thể tra cứu trong *Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc*, truy cập trang mạng của chúng tôi hoặc liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng.

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

Để mua thuốc theo toa, hãy **trình Thẻ ID Hội viên** của quý vị tại nhà thuốc trong hệ thống. Nhà thuốc trong hệ thống sẽ tính hóa đơn cho chúng tôi phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho thuốc theo toa được bảo hiểm của quý vị.

Hãy nhớ rằng, quý vị cần có thẻ Medi-Cal hoặc Thẻ xác định quyền lợi (BIC) để mua các loại thuốc được Medi-Cal Rx bảo hiểm.

Nếu quý vị không đem theo thẻ ID hội viên hoặc BIC của mình khi mua thuốc theo toa, hãy yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi để nhận thông tin cần thiết, hoặc quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc tra cứu thông tin tham gia chương trình của quý vị.

Nếu nhà thuốc không nhận được thông tin cần thiết, quý vị có thể sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa khi lấy thuốc. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bồi hoàn cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. **Nếu quý vị không thể thanh toán tiền thuốc, hãy liên hệ ngay với Dịch vụ Khách hàng.** Chúng tôi sẽ làm mọi thứ có thể để giúp đỡ.

- Để yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị, hãy tham khảo **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.
- Nếu quý vị cần trợ giúp để mua thuốc theo toa, hãy liên hệ với Dịch vụ Khách hàng.

A3. Phải làm gì nếu quý vị thay đổi nhà thuốc trong hệ thống của mình

Nếu quý vị thay đổi nhà thuốc và cần mua thêm thuốc theo toa, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ kê toa thuốc mới hoặc yêu cầu nhà thuốc của quý vị chuyển toa thuốc đó cho nhà thuốc mới nếu vẫn còn thuốc cần mua thêm.

Nếu quý vị cần trợ giúp thay đổi nhà thuốc trong hệ thống, hãy liên hệ với Dịch vụ Khách hàng.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

A4. Phải làm gì nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi hệ thống

Nếu nhà thuốc quý vị sử dụng rời khỏi hệ thống của chương trình, quý vị sẽ phải tìm một nhà thuốc mới trong hệ thống.

Để tìm nhà thuốc mới trong hệ thống, quý vị có thể tra trong *Danh mục nhà thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên lạc với Dịch vụ Khách hàng.

A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên khoa

Đôi khi, quý vị phải mua thuốc theo toa tại một nhà thuốc chuyên khoa. Các nhà thuốc chuyên khoa bao gồm:

- Các nhà thuốc cung cấp thuốc dành cho liệu pháp truyền dịch tại nhà.
- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho những người cư ngụ tại cơ sở chăm sóc dài hạn, chẳng hạn như cơ sở điều dưỡng.
 - Thông thường, các cơ sở chăm sóc dài hạn có nhà thuốc riêng. Nếu quý vị là người cư ngụ trong một cơ sở chăm sóc dài hạn, chúng tôi đảm bảo rằng quý vị có thể nhận được loại thuốc mình cần tại nhà thuốc của cơ sở đó.
 - Nếu nhà thuốc tại cơ sở chăm sóc dài hạn của quý vị không nằm trong hệ thống của chúng tôi hoặc quý vị gặp khó khăn khi nhận thuốc tại cơ sở chăm sóc dài hạn, hãy liên hệ với Dịch vụ Khách hàng.
- Các nhà thuốc phục vụ cho Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người Mỹ bản địa (IHCP) và Tổ chức người Mỹ bản địa đô thị (UIO). Các nhà thuốc cho Dịch vụ sức khỏe cho người Mỹ bản địa/Chương trình bảo hiểm sức khỏe cho người Mỹ bản địa trong bộ lạc/đô thị. Ngoại trừ trong các trường hợp cấp cứu, chỉ người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa mới có thể sử dụng các nhà thuốc này.
- Các nhà thuốc cấp phát các loại thuốc bị FDA giới hạn đối với một số địa điểm hoặc cần xử lý đặc biệt, phối hợp của nhà chăm sóc sức khỏe, hoặc hướng dẫn về việc sử dụng thuốc. (Lưu ý: Tình huống này hiếm khi xảy ra.)

Để tìm nhà thuốc chuyên khoa, quý vị có thể tra cứu trong *Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên hệ với Dịch vụ Khách hàng.

A6. Sử dụng dịch vụ giao hàng tại nhà để nhận thuốc của quý vị

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng dịch vụ giao hàng tại nhà trong hệ thống của chương trình chúng tôi. Nói chung, các loại thuốc được cung cấp thông qua dịch vụ giao hàng tại nhà là những loại thuốc mà quý vị dùng thường xuyên cho một tình trạng y tế mạn



tính hoặc lâu dài. Các loại thuốc **không** được cung cấp thông qua dịch vụ giao hàng tại nhà của chương trình được đánh dấu bằng biểu tượng NDS trong Danh sách thuốc của chúng tôi.

Dịch vụ giao hàng tại nhà trong chương trình của chúng tôi cho phép quý vị đặt mua lượng cấp thuốc được bảo hiểm lên đến 100 ngày từ Bậc 1 đến 4. Lượng cấp thuốc cho 100 ngày có cùng khoản đồng trả với lượng thuốc cấp cho một tháng.

Mua thuốc theo toa bằng dịch vụ giao hàng tại nhà

Để biết thông tin về cách mua thuốc theo toa bằng dịch vụ giao hàng tại nhà, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số điện thoại ở bìa sau của tập sách này. Nếu quý vị sử dụng nhà thuốc giao hàng tại nhà không nằm trong hệ thống của chương trình, toa thuốc của quý vị sẽ không được bảo hiểm.

Thông thường, toa thuốc được giao bằng dịch vụ giao hàng tại nhà sẽ đến trong vòng 5 ngày. Quý vị sẽ nhận được thông báo nếu có sự chậm trễ trong việc đặt hàng toa thuốc bằng dịch vụ giao hàng tại nhà của quý vị. Nếu quý vị có thắc mắc về điều này, vui lòng liên hệ với Amazon Pharmacy theo số (856) 208-4665, 24 giờ mỗi ngày/7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi số 711. Nếu cần thiết, Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan có thể hỗ trợ quý vị để có được lượng cấp thuốc đủ dùng từ nhà thuốc trong hệ thống bán lẻ tại địa phương để quý vị không bị thiếu thuốc cho đến khi có thuốc giao hàng tại nhà. Việc này có thể cần liên hệ với bác sĩ của quý vị để yêu cầu họ gọi điện thoại hoặc gửi fax toa thuốc mới đến nhà thuốc trong hệ thống bán lẻ để quý vị nhận được lượng thuốc cần thiết cho đến khi quý vị nhận được thuốc giao hàng tại nhà.

Nếu sự chậm trễ lớn hơn 5 ngày kể từ ngày thuốc theo toa được đặt hàng từ nhà cung cấp dịch vụ giao hàng tại nhà và do mất thuốc trong hệ thống gửi qua đường bưu điện, Dịch vụ Khách hàng của Amazon Pharmacy có thể điều phối đơn hàng thay thế.

Quy trình giao hàng tại nhà

Dịch vụ giao hàng tại nhà có các thủ tục khác nhau cho các toa thuốc mới mà họ nhận được từ quý vị, các toa thuốc mới mà họ nhận được trực tiếp từ văn phòng nhà cung cấp dịch vụ của quý vị và mua thêm thuốc theo toa giao hàng tại nhà của quý vị.

1. Toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận được từ quý vị

Nhà thuốc tự động cấp và giao thuốc cho các toa thuốc mới mà họ nhận được từ quý vị.

2. Toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận được từ văn phòng nhà cung cấp dịch vụ của quý vị

Sau khi nhà thuốc nhận toa thuốc từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, họ sẽ liên lạc với quý vị để xem quý vị muốn mua thuốc ngay hay mua sau.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

- Việc này sẽ mang lại cho quý vị cơ hội để đảm bảo rằng nhà thuốc đang giao đúng thuốc (bao gồm nồng độ, số lượng và dạng thuốc) và, nếu cần, cho phép quý vị dừng hoặc tạm hoãn đơn hàng trước khi quý vị bị tính hóa đơn và vận chuyển thuốc.
- Hãy trả lời mỗi khi nhà thuốc liên hệ với quý vị để cho họ biết phải làm gì với toa thuốc mới và để ngăn ngừa bất kỳ sự chậm trễ nào trong việc vận chuyển.

3. Mua thêm thuốc theo toa giao hàng tại nhà

Để mua thêm thuốc, quý vị có thể đăng ký tham gia chương trình mua thêm thuốc tự động. Theo chương trình này, chúng tôi sẽ bắt đầu tự động xử lý lần mua thêm thuốc tiếp theo cho quý vị khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy rằng quý vị sắp hết thuốc.

- Nhà thuốc liên hệ với quý vị trước khi vận chuyển mỗi lần mua thêm thuốc để đảm bảo quý vị cần thêm thuốc và quý vị có thể hủy các lần mua thêm thuốc theo lịch trình nếu quý vị có đủ thuốc hoặc nếu thuốc của quý vị đã thay đổi.
- Nếu quý vị chọn không sử dụng chương trình mua thêm thuốc tự động của chúng tôi, hãy liên hệ với nhà thuốc của quý vị 14 ngày trước khi toa thuốc hiện tại của quý vị hết để đảm bảo đơn đặt hàng tiếp theo của quý vị được chuyển đến kịp thời.

Để chọn không tham gia chương trình tự động chuẩn bị mua thêm thuốc giao hàng tại nhà của chúng tôi, hãy liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi cho Amazon Pharmacy theo số (856) 208-4665, 24 giờ mỗi ngày / 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi số 711.

Vì vậy, nhà thuốc có thể liên lạc với quý vị để xác nhận đơn đặt hàng của quý vị trước khi gửi. Vui lòng đảm bảo rằng thông tin liên lạc 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 mình, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan (số điện thoại ở cuối trang này).

A7. Nhận lượng cấp thuốc dài hạn

Quý vị có thể nhận lượng cấp thuốc duy trì dài hạn có trên *Danh sách thuốc* trong chương trình của chúng tôi. Thuốc duy trì là các loại thuốc quý vị sử dụng thường xuyên, dành cho tình trạng mạn tính hoặc dài hạn.

Một số nhà thuốc trong hệ thống cho phép quý vị nhận lượng cấp thuốc duy trì dài hạn. Lượng cấp thuốc cho 100 ngày có cùng khoản đồng trả với lượng thuốc cấp cho một tháng. *Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc* cho quý vị biết những nhà thuốc nào có thể cung cấp cho quý vị lượng cấp thuốc duy trì dài hạn. Hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng để biết thêm thông tin.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng dịch vụ giao hàng tại nhà trong hệ thống của chương trình chúng tôi để nhận lượng cấp thuốc duy trì dài hạn. Tham khảo **Phần A6** để tìm hiểu về các dịch vụ giao hàng tại nhà.

A8. Sử dụng nhà thuốc không nằm trong hệ thống chương trình của chúng tôi

Thông thường, chúng tôi chỉ thanh toán cho các loại thuốc mua tại nhà thuốc ngoài hệ thống khi quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong hệ thống. Chúng tôi có các nhà thuốc trong hệ thống bên ngoài khu vực phục vụ của mình nơi quý vị có thể mua thuốc theo toa với tư cách là hội viên chương trình. Trong những trường hợp này, trước tiên hãy kiểm tra với điều phối viên chăm sóc của quý vị hoặc Dịch vụ Khách hàng để tìm hiểu xem có nhà thuốc nào trong hệ thống gần đó không.

Chúng tôi sẽ thanh toán cho toa thuốc mua tại nhà thuốc ngoài hệ thống trong các trường hợp sau đây:

- Nếu quý vị không thể mua kịp thuốc được bảo hiểm trong khu vực phục vụ của chúng tôi vì không có nhà thuốc trong hệ thống nằm trong khoảng cách lái xe hợp lý cung cấp dịch vụ 24 giờ.
- Nếu quý vị đang tìm cách mua thuốc theo toa được bảo hiểm thường không có sẵn tại nhà thuốc giao hàng qua đường bưu điện hoặc nhà thuốc bán lẻ trong hệ thống đủ điều kiện (những thuốc này bao gồm thuốc chữa bệnh hiếm gặp, các loại thuốc hiếm và giá cao hoặc các loại dược phẩm chuyên khoa khác).
- Một số vắc-xin được tiêm tại văn phòng bác sĩ của quý vị không được đài thọ theo Medicare Phần B và không thể mua được một cách hợp lý tại nhà thuốc trong hệ thống có thể được đài thọ theo quyền truy cập ngoài hệ thống của chúng tôi.
- Việc mua thuốc theo toa tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới được giới hạn tới lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày được bảo hiểm.

A9. Trả lại tiền cho quý vị cho thuốc theo toa

Nếu quý vị phải sử dụng một nhà thuốc ngoài hệ thống, thông thường, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí thay vì chỉ thanh toán khoản đồng trả khi quý vị mua thuốc theo toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bồi hoàn cho quý vị phần chi phí của chúng tôi.

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

Để tìm hiểu thêm về thông tin này, hãy tham khảo **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

B. Danh sách thuốc trong chương trình của chúng tôi

Chúng tôi có *Danh sách thuốc được bảo hiểm*. Chúng tôi gọi tắt là “*Danh sách thuốc*”.

Các loại thuốc trong *Danh sách thuốc* được chúng tôi lựa chọn với sự giúp đỡ của một nhóm bác sĩ và dược sĩ. *Danh sách thuốc* cũng cho quý vị biết liệu có bất kỳ quy tắc nào quý vị cần tuân theo để nhận được thuốc hay không.

Chúng tôi thường bảo hiểm cho 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. Các loại thuốc trong *Danh sách thuốc* của chúng tôi

Danh sách thuốc của chúng tôi bao gồm các loại thuốc được bảo hiểm trong Medicare Phần D.

Hầu hết các loại thuốc theo toa mà quý vị nhận được từ nhà thuốc đều được bảo hiểm trong chương trình của quý vị. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc mua không cần toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể 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 cho Trung tâm Dịch vụ Khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ xác định quyền lợi Medi-Cal (BIC) của quý vị khi nhận thuốc theo toa thông qua Medi-Cal Rx.

Danh sách thuốc của chúng tôi bao gồm thuốc biệt dược, thuốc gốc và sản phẩm sinh học (có thể bao gồm sản phẩm sinh học tương tự).

Thuốc biệt dược là thuốc theo toa được bán dưới tên có đăng ký nhãn hiệu thuộc sở hữu của nhà sản xuất thuốc. Các sản phẩm sinh học là những loại thuốc phức tạp hơn các loại thuốc thông thường. Trong *Danh sách thuốc* của chúng tôi, khi chúng tôi đề cập đến “thuốc”, điều này có thể có nghĩa là thuốc hoặc sản phẩm sinh học.

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

Tham khảo **Chương 12** để biết định nghĩa về các loại thuốc có thể có trong *Danh sách thuốc*.

B2. Cách tìm một loại thuốc trong *Danh sách thuốc* của chúng tôi

Để tìm hiểu xem loại thuốc quý vị dùng có nằm trong *Danh sách thuốc* của chúng tôi hay không, quý vị có thể:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Truy cập trang web chương trình của chúng tôi tại blueshieldca.com/medformulary2025. *Danh sách thuốc* trên trang web của chúng tôi luôn là danh sách mới nhất.
- Hãy gọi Dịch vụ Khách hàng để xem thuốc có trong *Danh sách thuốc* của chương trình hay không hoặc để yêu cầu bản sao danh sách thuốc.
- Những loại thuốc không được bảo hiểm trong Phần D có thể 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.
- Sử dụng “Công cụ xác định quyền lợi theo thời gian thực” của chúng tôi bằng cách đăng nhập vào cổng thông tin hội viên tại blueshieldca.com/medicare hoặc gọi cho Dịch vụ Khách hàng. Với công cụ này, quý vị có thể tìm kiếm các loại thuốc trong *Danh sách thuốc* để ước tính số tiền quý vị sẽ trả và liệu có loại thuốc thay thế nào trong *Danh sách thuốc* có thể điều trị tình trạng tương tự hay không.
- Cách truy cập công cụ kiểm tra giá thuốc theo toa:
 - Tạo hoặc đăng nhập vào tài khoản hội viên trực tuyến của quý vị.
 - Đi đến [myblueshield](https://myblueshield.com), sau đó nhấp vào Nhà thuốc trong phần “Quyền lợi”.
 - Trong phần “Kiểm tra giá thuốc theo toa của tôi”, hãy nhấp vào “Kiểm tra toa thuốc hiện tại”.

B3. Thuốc không có trong *Danh sách thuốc* của chúng tôi

Chúng tôi không bảo hiểm cho tất cả các loại thuốc theo toa. Một số loại thuốc không nằm trong *Danh sách thuốc* của chúng tôi vì luật pháp không cho phép chúng tôi bảo hiểm cho các loại thuốc này. Trong các trường hợp khác, chúng tôi quyết định không đưa một loại thuốc vào trong *Danh sách thuốc*.

Chương trình của chúng tôi không thanh toán cho các loại thuốc được mô tả trong phần này. Đây được gọi là **thuốc bị loại trừ**. Nếu quý vị mua thuốc theo toa cho một loại thuốc bị loại trừ, quý vị sẽ phải tự thanh toán. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi cần thanh toán cho một loại thuốc bị loại trừ trong trường hợp của quý vị, quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. Để biết thêm thông tin về kháng cáo, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

Dưới đây là ba quy tắc chung đối với các thuốc bị loại trừ:

1. Bảo hiểm thuốc cho bệnh nhân ngoại trú trong chương trình của chúng tôi (bao gồm Medicare Phần D) không thể thanh toán cho loại thuốc mà Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đã bảo hiểm. Chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho các loại



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

thuốc được bảo hiểm theo Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B, nhưng những loại thuốc này không được coi là một phần quyền lợi thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú.

- Chương trình của chúng tôi không bảo hiểm cho loại thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.
- Việc sử dụng thuốc phải được FDA chấp thuận hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo y tế nhất định là để điều trị cho tình trạng của quý vị. Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị có thể kê toa một loại thuốc nhất định để điều trị tình trạng của quý vị, mặc dù thuốc đó không được chấp thuận để điều trị tình trạng đó. Điều này được gọi là "sử dụng không theo hướng dẫn trên nhãn". Chương trình của chúng tôi thường không bảo hiểm cho các loại thuốc được kê toa để sử dụng không theo hướng dẫn trên nhãn.

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

- Thuốc sử dụng để kích thích khả năng sinh sản
- Thuốc sử dụng để giảm ho hoặc các triệu chứng bệnh cảm*
- Thuốc sử dụng cho mục đích thẩm mỹ hoặc kích thích mọc tóc
- Các loại vitamin và sản phẩm khoáng chất theo toa, ngoại trừ vitamin dành cho thời kỳ tiền sản và các chế phẩm florua*
- Thuốc sử dụng để điều trị tình trạng rối loạn chức năng tình dục hoặc cương dương
- Thuốc sử dụng để điều trị chứng biếng ăn, giảm cân hoặc tăng cân*
- Thuốc dành cho bệnh nhân ngoại trú do một công ty sản xuất yêu cầu quý vị phải nhận xét nghiệm hoặc dịch vụ chỉ do họ thực hiện

*Một số sản phẩm chọn lọc có thể được Medi-Cal bảo hiểm. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin.

B4. Các bậc chia sẻ chi phí của *Danh sách thuốc*

Mọi loại thuốc có trong *Danh sách thuốc* của chúng tôi đều thuộc một trong năm (5) bậc. Bậc là một nhóm thuốc thường cùng loại (ví dụ: thuốc biệt dược, thuốc gốc hoặc thuốc OTC). Thông thường, bậc chia sẻ chi phí càng cao, 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 các loại thuốc gốc ưu tiên.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

- Chia sẻ chi phí Bậc 2: Thuốc gốc – Bao gồm thuốc gốc và sản phẩm sinh học tương tự.
- Chia sẻ chi phí Bậc 3: Thuốc biệt dược ưu tiên – Bao gồm thuốc biệt dược ưu tiên, sản phẩm sinh học tương tự và một số loại thuốc gốc.
- Chia sẻ chi phí Bậc 4: Thuốc biệt dược không ưu tiên – Bao gồm thuốc biệt dược không ưu tiên, sản phẩm sinh học tương tự và một số loại thuốc gốc.
- Chia sẻ chi phí Bậc 5: Thuốc bậc chuyên khoa (bậc chia sẻ chi phí cao nhất) – Bao gồm thuốc biệt dược, sản phẩm sinh học tương tự và thuốc gốc có chi phí rất cao có thể yêu cầu xử lý đặc biệt và/hoặc giám sát chặt chẽ.

Để biết thuốc của quý vị thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, hãy tìm loại thuốc đó trong *Danh sách thuốc* của chúng tôi.

Chương 6 trong *Cẩm Nang Hội Viên* cho biết số tiền quý vị phải trả cho thuốc ở mỗi bậc.

C. Giới hạn đối với một số loại thuốc

Đối với một số thuốc theo toa nhất định, các quy tắc đặc biệt giới hạn cách thức và thời gian chương trình bảo hiểm cho các thuốc đó. Nói chung, quy tắc của chúng tôi khuyến khích quý vị dùng thuốc có tác dụng đối với tình trạng y tế của quý vị đồng thời an toàn và hiệu quả. Nếu một loại thuốc vừa an toàn vừa rẻ hơn lại có tác dụng tương đương với loại thuốc đắt tiền hơn, chúng tôi mong muốn nhà cung cấp dịch vụ của quý vị sử dụng loại thuốc giá rẻ hơn.

Nếu có một quy tắc đặc biệt cho loại thuốc của quý vị, điều đó thường được hiểu rằng quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị sẽ phải thực hiện một số bước bổ sung để chúng tôi có thể bảo hiểm cho loại thuốc này. Ví dụ: nhà cung cấp dịch vụ trước tiên có thể phải cho chúng tôi biết kết quả chẩn đoán của quý vị hoặc cung cấp kết quả xét nghiệm máu. Nếu quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ nghĩ rằng quy tắc của chúng tôi sẽ không áp dụng cho trường hợp của quý vị, quý vị cần yêu cầu chúng tôi cấp một trường hợp ngoại lệ. Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý cho phép quý vị sử dụng thuốc đó mà không thực hiện các bước bổ sung.

Để tìm hiểu thêm về cách yêu cầu trường hợp ngoại lệ, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

- 1. Giới hạn việc sử dụng thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc khi có phiên bản thuốc gốc hoặc sản phẩm sinh học tương tự có thể hoán đổi trên thị trường**

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Nói chung, thuốc gốc hoặc sản phẩm sinh học tương tự có thể hoán đổi có tác dụng tương tự như thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc và thường có giá thấp hơn. Trong hầu hết các trường hợp, nếu có một phiên bản thuốc gốc hoặc sản phẩm sinh học tương tự có thể hoán đổi của một loại thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc, các nhà thuốc trong hệ thống của chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị phiên bản thuốc gốc hoặc sản phẩm sinh học tương tự có thể hoán đổi.

- Chúng tôi thường không thanh toán cho thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc khi có phiên bản thuốc gốc.
- Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp dịch vụ của quý vị đã cho chúng tôi biết lý do y tế khiến thuốc gốc hoặc sản phẩm sinh học tương tự có thể hoán đổi không có tác dụng với quý vị thì chúng tôi sẽ bảo hiểm cho thuốc biệt dược.

2. Nhận sự chấp thuận trước từ chương trình

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc người kê toa của quý vị phải nhận được sự chấp thuận từ chương trình của chúng tôi trước khi quý vị mua thuốc theo toa. Nếu quý vị không xin được sự chấp thuận trước, chúng tôi không thể bảo hiểm cho thuốc này.

3. Thử một loại thuốc khác trước

Nói chung, chúng tôi muốn quý vị thử các loại thuốc giá rẻ hơn (mà thường có hiệu quả tương đương) trước khi chúng tôi bảo hiểm cho các loại thuốc đắt tiền hơn. Ví dụ: nếu Thuốc A và Thuốc B cùng điều trị một tình trạng y tế và Thuốc A có giá rẻ hơn Thuốc B, chúng tôi có thể đề nghị quý vị thử Thuốc A trước.

Nếu Thuốc A **không** có tác dụng với quý vị, thì chúng tôi sẽ bảo hiểm cho Thuốc B. Cách này được gọi là trị liệu từng bước.

4. Giới hạn số lượng

Đối với một số thuốc, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể có. Đây được gọi là giới hạn số lượng. Số lượng một loại thuốc quý vị có thể nhận mỗi lần quý vị mua thuốc theo toa.

Để tìm hiểu xem có bất kỳ quy tắc nào ở trên áp dụng cho loại thuốc mà quý vị dùng hoặc muốn dùng hay không, hãy kiểm tra *Danh sách thuốc*. Để biết thông tin mới nhất, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng hoặc xem trang web của chúng tôi tại blueshieldca.com/medformulary2025. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm của chúng tôi dựa trên bất kỳ lý do nào nêu trên, quý vị có thể yêu cầu kháng cáo. Vui lòng tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên*.



D. Tại sao thuốc quý vị dùng có thể không được bảo hiểm

Chúng tôi cố gắng bảo hiểm cho thuốc có hiệu quả tốt đối với quý vị, nhưng đôi khi một loại thuốc có thể không được bảo hiểm theo cách mà quý vị mong muốn. Ví dụ:

- Chương trình của chúng tôi không bảo hiểm cho loại thuốc quý vị muốn dùng. Loại thuốc này có thể không có trong *Danh sách thuốc* của chúng tôi. Chúng tôi có thể bảo hiểm cho phiên bản thuốc gốc nhưng không bảo hiểm cho phiên bản biệt dược mà quý vị muốn dùng. Một loại thuốc có thể mới và chúng tôi chưa xem xét tính an toàn và hiệu quả của thuốc đó.
- Chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho thuốc này, nhưng có những quy định hoặc giới hạn đặc biệt về bảo hiểm. Như đã giải thích ở phần trên, một số loại thuốc mà chương trình của chúng tôi bảo hiểm có các quy định hạn chế về việc sử dụng thuốc. Trong một số trường hợp, quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể muốn yêu cầu chúng tôi cấp trường hợp ngoại lệ.

Có những điều quý vị có thể làm nếu chúng tôi không bảo hiểm cho thuốc theo cách quý vị muốn chúng tôi bảo hiểm.

D1. Nhận lượng cấp thuốc tạm thời

Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị lượng cấp thuốc tạm thời cho một loại thuốc khi loại thuốc này không nằm trong *Danh sách thuốc* hoặc khi loại thuốc này bị giới hạn theo cách nào đó. Điều này cho phép quý vị có thời gian để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ về việc nhận thuốc khác hoặc yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho loại thuốc này.

Để nhận lượng cấp thuốc tạm thời, quý vị phải đáp ứng hai quy tắc dưới đây:

1. Loại thuốc quý vị đang dùng:

- không còn trong *Danh sách thuốc* của chúng tôi **hoặc**
- chưa bao giờ nằm trong *Danh sách thuốc* của chúng tôi **hoặc**
- hiện tại bị giới hạn theo cách nào đó.

2. Quý vị phải thuộc một trong các trường hợp sau:

- Quý vị đã tham gia chương trình của chúng tôi năm ngoái.
 - Chúng tôi sẽ bảo hiểm cho lượng cấp thuốc tạm thời cho quý vị **trong 90 ngày đầu tiên của năm dương lịch.**
 - Lượng cấp thuốc tạm thời này dành cho tối đa 30 ngày.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Nếu toa thuốc của quý vị được kê cho số ngày ít hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua thêm thuốc nhiều lần để có lượng thuốc tối đa 30 ngày. Quý vị phải mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong hệ thống.
- Những nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc theo toa mỗi lần một lượng thuốc nhỏ để tránh hoang phí.
- Quý vị là người mới tham gia chương trình của chúng tôi.
 - Chúng tôi bảo hiểm cho quý vị lượng cấp thuốc tạm thời **trong 90 ngày đầu tiên quý vị trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi.**
 - Lượng cấp thuốc tạm thời này dành cho tối đa 30 ngày.
 - Nếu toa thuốc của quý vị được kê cho số ngày ít hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua thêm thuốc nhiều lần để có lượng thuốc tối đa 30 ngày. Quý vị phải mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong hệ thống.
 - Những nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc theo toa mỗi lần một lượng thuốc nhỏ để tránh hoang phí.
- Nếu quý vị đã tham gia chương trình được hơn 90 ngày, sống tại cơ sở chăm sóc dài hạn và cần một lượng cấp thuốc ngay lập tức.
 - Chúng tôi sẽ bảo hiểm cho một lần cấp thuốc 31 ngày hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị được kê cho số ngày ít hơn. Đây là sự bổ sung cho lượng cấp thuốc tạm thời ở trên.

D2. Yêu cầu cấp thuốc tạm thời

Để yêu cầu cấp thuốc tạm thời, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng.

Khi nhận được lượng cấp thuốc tạm thời, quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của mình để quyết định cần phải làm gì khi lượng cấp thuốc của quý vị đã hết. Dưới đây là những lựa chọn quý vị có:

- Quý vị có thể đổi sang thuốc khác.

Chương trình của chúng tôi có thể bảo hiểm cho một loại thuốc khác phù hợp với quý vị. Gọi cho Dịch vụ Khách hàng để yêu cầu danh sách các loại thuốc mà chúng tôi bảo hiểm để điều trị cùng một tình trạng y tế. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp dịch vụ tìm ra loại thuốc được bảo hiểm có thể có tác dụng với quý vị.

HOẶC

- Quý vị có thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ.

Quý vị và nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cấp một trường hợp ngoại lệ. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho một loại thuốc không có trong *Danh sách thuốc* hoặc yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho loại thuốc đó mà không có giới hạn. Nếu nhà cung cấp dịch vụ nói rằng quý vị có lý do y tế chính đáng cho trường hợp ngoại lệ, họ có thể giúp quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ như vậy.

D3. Yêu cầu trường hợp ngoại lệ

Nếu loại thuốc quý vị sử dụng sẽ bị loại khỏi *Danh sách thuốc* hoặc bị hạn chế theo cách nào đó vào năm tới, chúng tôi cho phép quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ trước năm sau.

- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về mọi thay đổi về bảo hiểm cho thuốc của quý vị trong năm tới. Yêu cầu chúng tôi đưa ra một trường hợp ngoại lệ và bảo hiểm cho thuốc vào năm tới theo cách quý vị muốn.
- Chúng tôi trả lời yêu cầu của quý vị về trường hợp ngoại lệ trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị (hoặc tuyên bố ủng hộ của người kê toa cho quý vị).

Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

Nếu quý vị cần trợ giúp trong việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng.

E. Thay đổi 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 loại bỏ các loại thuốc khỏi *Danh sách thuốc* trong năm. Chúng tôi cũng có thể thay đổi quy tắc về thuốc. Ví dụ, chúng tôi có thể:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Quyết định có yêu cầu hay không yêu cầu sự chấp thuận trước (PA) cho một loại thuốc (sự cho phép của chúng tôi trước khi quý vị có thể nhận được thuốc).
- Thêm hoặc thay đổi số lượng của một loại thuốc quý vị có thể nhận được (gọi là giới hạn số lượng).
- Thêm hoặc thay đổi các hạn chế trị liệu từng bước đối với một loại thuốc (quý vị phải dùng thử một loại thuốc trước khi chúng tôi bảo hiểm cho loại thuốc khác).

Để biết thêm thông tin về những quy tắc thuốc này, vui lòng tham khảo **Phần C**.

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

- một loại thuốc mới, rẻ hơn xuất hiện trên thị trường có tác dụng tốt như một loại thuốc trong *Danh sách thuốc* của chúng tôi, **hoặc**
- chúng tôi biết rằng một loại thuốc không an toàn, **hoặc**
- một loại thuốc bị loại bỏ khỏi thị trường.

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

Để biết thêm thông tin về những gì xảy ra khi *Danh sách thuốc* của chúng tôi thay đổi, quý vị luôn có thể:

- Kiểm tra trực tuyến *Danh sách thuốc* hiện tại của chúng tôi tại blueshieldca.com/medformulary2025 **hoặc**
- Gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số ở cuối trang để kiểm tra *Danh sách thuốc* hiện tại của chúng tôi.

Những thay đổi chúng tôi có thể thực hiện đối với *Danh sách thuốc* ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình hiện tại

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

- Một loại thuốc gốc mới đã bắt đầu được cung cấp. Đôi khi, một loại thuốc gốc hoặc sản phẩm sinh học tương tự mới xuất hiện trên thị trường có hiệu quả như thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc trong *Danh sách thuốc* hiện tại. Khi điều đó xảy ra, chúng tôi có thể loại bỏ thuốc biệt dược và thêm thuốc gốc mới nhưng chi phí cho loại thuốc mới của quý vị sẽ không đổi.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

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

- Chúng tôi có thể không báo cho quý vị biết trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi này, nhưng chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện khi thay đổi xảy ra.
- Quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có thể yêu cầu "trường hợp ngoại lệ" cho các thay đổi này. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bao gồm các bước quý vị có thể thực hiện để yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Vui lòng tham khảo **Chương 9** trong cẩm nang này để biết thêm thông tin về trường hợp ngoại lệ.

Một loại thuốc bị loại bỏ khỏi thị trường. Nếu Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) cho biết loại thuốc quý vị đang dùng không an toàn hoặc không có hiệu quả hay nhà sản xuất thuốc loại bỏ thuốc khỏi thị trường, chúng tôi có thể sẽ loại bỏ ngay loại thuốc đó khỏi *Danh sách thuốc*. Nếu quý vị đang dùng thuốc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo sau khi chúng tôi thực hiện thay đổi. Người kê toa của quý vị cũng sẽ được cho biết về sự thay đổi này và có thể thảo luận với quý vị để tìm một loại thuốc khác thích hợp 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 sẽ báo cho quý vị biết trước về những thay đổi khác này đối với *Danh sách thuốc*. Những thay đổi này có thể xảy ra nếu:

- FDA cung cấp hướng dẫn mới hoặc có các hướng dẫn lâm sàng mới về một loại thuốc.

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

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

Như thế, quý vị có thời gian trao đổi với bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị. Họ có thể giúp quý vị quyết định:

- Liệu có một loại thuốc tương tự trong *Danh sách thuốc* mà quý vị có thể dùng thay thế **hoặc**
- Liệu quý vị có cần yêu cầu trường hợp ngoại lệ từ những thay đổi này để tiếp tục bảo hiểm cho thuốc hoặc phiên bản thuốc quý vị đang dùng. Để tìm hiểu thêm về cách yêu cầu trường hợp ngoại lệ, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Những thay đổi đối với *Danh sách thuốc* không ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình hiện tại

Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi đối với các loại thuốc quý vị đang dùng không được mô tả ở trên và hiện không ảnh hưởng đến quý vị. Nếu quý vị đang dùng một loại thuốc được bảo hiểm vào đầu năm, nhìn chung chúng tôi sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi bảo hiểm của loại thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm**.

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

Nếu bất kỳ thay đổi nào trong số này xảy ra đối với một loại thuốc quý vị đang dùng (ngoại trừ những thay đổi được ghi chú trong phần trên), sự thay đổi sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng của quý vị cho đến ngày 1 tháng 1 năm sau.

Chúng tôi sẽ không cho quý vị biết trực tiếp các loại thay đổi này trong năm hiện tại. Quý vị sẽ cần kiểm tra *Danh sách thuốc* cho năm chương trình tiếp theo (khi danh sách có trong giai đoạn tiếp nhận đăng ký) để xem có bất kỳ thay đổi nào sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình tiếp theo hay không.

F. Bảo hiểm thuốc trong các trường hợp đặc biệt

F1. Đang nằm tại bệnh viện hoặc trong một cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình của chúng tôi bảo hiểm

Nếu việc quý vị nhập viện hoặc nằm tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, thông thường chúng tôi sẽ bảo hiểm cho chi phí thuốc theo toa trong suốt thời gian quý vị nằm điều trị tại đó. Quý vị sẽ không phải trả khoản đồng trả. Khi quý vị rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chúng tôi sẽ bảo hiểm cho các loại thuốc quý vị dùng miễn là các loại thuốc này đáp ứng được tất cả các quy tắc bảo hiểm của chúng tôi.

F2. Đang ở tại cơ sở chăm sóc dài hạn

Thông thường, một cơ sở chăm sóc dài hạn, như cơ sở điều dưỡng, có nhà thuốc riêng hoặc nhà thuốc cung cấp thuốc cho tất cả những người cư trú ở đó. Nếu quý vị đang ở cơ sở chăm sóc dài hạn, quý vị có thể mua thuốc theo toa thông qua nhà thuốc của cơ sở nếu nhà thuốc này thuộc hệ thống của chúng tôi.

Kiểm tra *Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc* để tìm hiểu xem nhà thuốc của cơ sở chăm sóc dài hạn của quý vị có thuộc hệ thống của chúng tôi hay không. Nếu không hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Khách hàng.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



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

Thuốc không bao giờ được cả chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi bảo hiểm cùng một lúc.

- Quý vị có thể đã đăng ký tham gia chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare và cần một số loại thuốc (ví dụ: thuốc giảm đau, thuốc chống buồn nôn, thuốc nhuận tràng hoặc thuốc chống lo âu) mà cơ sở chăm sóc cuối đời của quý vị không bảo hiểm vì thuốc này không liên quan đến tiên lượng và tình trạng giai đoạn cuối 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 dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị rằng loại thuốc đó không liên quan trước khi chúng tôi có thể bảo hiểm cho loại thuốc đó.
- Để tránh sự chậm trễ trong việc nhận bất kỳ loại thuốc nào không liên quan mà chương trình của chúng tôi sẽ bảo hiểm, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc người kê toa để đảm bảo chúng tôi nhận được thông báo rằng loại thuốc đó không liên quan trước khi quý vị yêu cầu nhà thuốc bán thuốc theo toa cho quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi chương trình chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ bảo hiểm cho tất cả các loại thuốc của quý vị. Để tránh bất kỳ sự chậm trễ nào tại nhà thuốc khi các quyền lợi chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare kết thúc, quý vị cần mang theo tài liệu tới nhà thuốc để xác minh việc quý vị đã ra khỏi chương trình chăm sóc cuối đời.

Tham khảo các phần trước của chương này trình bày về các loại thuốc mà chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Tham khảo **Chương 4** trong *Cẩm Nang Hội Viên* để biết thông tin về quyền lợi chăm sóc cuối đời.

G. Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc

G1. Các chương trình giúp quý vị sử dụng thuốc một cách an toàn

Mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa, chúng tôi xem các vấn đề có thể xảy ra, chẳng hạn như lỗi về thuốc hoặc thuốc:

- có thể không cần thiết vì quý vị đang sử dụng một loại thuốc khác tương tự có cùng tác dụng
- có thể không an toàn đối với độ tuổi hoặc giới tính của quý vị
- có thể gây hại cho quý vị nếu được sử dụng đồng thời
- có thành phần mà quý vị đang hoặc có thể bị dị ứng

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- có lượng thuốc giảm đau thuộc nhóm opioid không an toàn

Nếu chúng tôi phát hiện ra một vấn đề tiềm ẩn trong việc sử dụng thuốc theo toa của quý vị, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để khắc phục vấn đề này.

G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc

Chương trình của chúng tôi có một chương trình giúp các hội viên có nhu cầu sức khỏe phức tạp. Trong những trường hợp như vậy, quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ miễn phí thông qua chương trình quản lý trị liệu bằng thuốc (MTM). Chương trình này là tự nguyện và miễn phí. Chương trình này giúp quý vị và nhà cung cấp dịch vụ của quý vị đảm bảo rằng thuốc của quý vị đang có tác dụng cải thiện sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình, dược sĩ hoặc chuyên gia y tế khác sẽ cung cấp cho quý vị đánh giá toàn diện về tất cả các loại thuốc của quý vị và trao đổi với quý vị về:

- cách nhận được quyền lợi cao nhất từ các loại thuốc quý vị đang dùng
- bất kỳ mối quan tâm nào của quý vị, như chi phí thuốc và phản ứng với thuốc
- cách tốt nhất để dùng thuốc của quý vị
- bất kỳ câu hỏi hoặc vấn đề nào của quý vị về thuốc theo toa và thuốc mua không cần toa

Sau đó, họ sẽ cung cấp cho quý vị:

- Một bản tóm tắt về buổi thảo luận này. Bản tóm tắt có một kế hoạch hành động về thuốc khuyến nghị những gì quý vị có thể làm để sử dụng thuốc tốt nhất.
- Danh sách thuốc cá nhân bao gồm tất cả các loại thuốc quý vị dùng, liều lượng quý vị dùng cũng như thời điểm và lý do quý vị dùng thuốc.
- Thông tin về việc tiêu hủy an toàn các loại thuốc theo toa là chất được kiểm soát.

Quý vị nên nói chuyện với người kê toa về kế hoạch hành động và danh sách thuốc của mình.

- Hãy mang theo kế hoạch hành động và danh sách thuốc của quý vị tới lần thăm khám của quý vị hoặc bất kỳ khi nào quý vị trao đổi với bác sĩ, dược sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.
- Mang theo danh sách thuốc của quý vị nếu quý vị đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu.

MTM là chương trình tự nguyện và miễn phí cho các hội viên đủ điều kiện. Nếu chúng tôi có chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cho quý vị đăng ký tham gia chương



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

trình đó và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình, xin vui lòng cho chúng tôi biết, và chúng tôi sẽ đưa quý vị ra khỏi chương trình này.

Nếu quý vị có thắc mắc về các chương trình này, hãy liên hệ với Dịch vụ Khách hàng.

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

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

Nếu quý vị sử dụng các loại thuốc opioid từ nhiều người kê toa hoặc nhà thuốc, hoặc nếu gần đây quý vị đã sử dụng thuốc opioid quá liều, chúng tôi có thể trao đổi với người kê toa của quý vị để đảm bảo việc sử dụng thuốc opioid của quý vị là thích hợp và cần thiết về mặt y tế. Khi làm việc với người kê toa của quý vị, nếu chúng tôi quyết định việc quý vị sử dụng thuốc opioid theo toa hoặc thuốc benzodiazepin không an toàn, chúng tôi có thể hạn chế cách quý vị có thể nhận được những loại thuốc đó. Những hạn chế có thể bao gồm:

- Yêu cầu quý vị nhận tất cả các toa thuốc cho những loại thuốc đó từ một số nhà thuốc và/hoặc từ một số người kê toa nhất định
- Giới hạn số lượng của những thuốc mà chúng tôi bảo hiểm cho quý vị

Nếu chúng tôi quyết định áp dụng một hoặc nhiều giới hạn cho quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư thông báo trước cho quý vị. Thư này sẽ cho quý vị biết liệu chúng tôi có giới hạn việc bảo hiểm các loại thuốc này cho quý vị hay không, hoặc quý vị sẽ được yêu cầu nhận toa thuốc cho các loại thuốc này chỉ từ một nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà thuốc cụ thể.

Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết quý vị muốn sử dụng người kê toa hoặc nhà thuốc nào và bất kỳ thông tin nào quý vị cho là quan trọng mà chúng tôi cần biết. Nếu chúng tôi quyết định giới hạn bảo hiểm của quý vị đối với các loại thuốc này sau khi quý vị có cơ hội phản hồi, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư khác xác nhận những giới hạn đó.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn, không đồng ý rằng quý vị có nguy cơ lạm dụng thuốc theo toa hoặc không đồng ý với giới hạn, quý vị và người kê toa của quý vị có thể kháng cáo. Nếu quý vị kháng cáo, chúng tôi sẽ xem xét trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định cho quý vị. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần kháng cáo nào của quý vị liên quan đến những hạn chế trong việc quý vị tiếp cận các loại thuốc này, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến Tổ chức Xem xét Độc lập (IRO). (Để tìm hiểu thêm về kháng cáo và IRO, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên*).

DMP có thể không áp dụng cho quý vị nếu quý vị:

- mắc một số tình trạng y tế nhất định, chẳng hạn như ung thư hoặc bệnh hồng cầu hình liềm,



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

- đang nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời, điều trị giảm đau, hoặc dịch vụ chăm sóc người bệnh giai đoạn cuối, **hoặc**
- sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Chương 6: Những gì quý vị phải thanh toán cho thuốc theo toa Medicare và Medi-Cal Medicaid

Giới thiệu

Chương này cho quý vị biết những gì quý vị phải thanh toán cho thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú “Thuốc” ở đây được hiểu là:

- Thuốc theo toa Medicare Phần D, và
- Thuốc và vật dụng được Medi-Cal Rx bảo hiểm.

Vì quý vị hội đủ điều kiện tham gia Medi-Cal, quý vị được nhận “Trợ giúp bổ sung” từ Medicare nhằm giúp quý vị thanh toán cho thuốc theo toa Medicare Phần D.

Trợ giúp bổ sung là một chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D, chẳng hạn như lệ phí bảo hiểm, tiền khấu trừ và tiền đồng trả. Trợ giúp bổ sung còn được gọi là “Trợ cấp cho người có thu nhập thấp”, hay “LIS.”

Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Cẩm Nang Hội Viên*.

Để biết thêm thông tin về các loại thuốc theo toa, quý vị có thể tra cứu ở những phần sau:

- *Danh sách thuốc được bảo hiểm* của chúng tôi.
 - Chúng tôi gọi đây là “*Danh sách thuốc*”. Danh sách này cho quý vị biết:
 - Những loại thuốc mà chúng tôi thanh toán
 - Mỗi loại thuốc thuộc bậc nào trong năm bậc
 - Liệu có bất kỳ giới hạn nào đối với các loại thuốc đó hay không
 - Nếu quý vị cần một bản sao *Danh sách thuốc*, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng. Quý vị cũng có thể tìm thấy bản sao *Danh sách thuốc* mới nhất trên trang web của chúng tôi tại blueshieldca.com/medformulary2025.
 - Hầu hết các loại thuốc theo toa mà quý vị mua từ nhà thuốc đều được Blue Shield TotalDual Plan bảo hiểm. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc mua không cần toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể 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 cho

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Trung tâm Dịch vụ Khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ xác định quyền lợi Medi-Cal (BIC) của quý vị khi nhận thuốc theo toa thông qua Medi-Cal Rx.

• **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

- Chương này cho quý vị biết về cách nhận thuốc theo toa dành cho bệnh nhân ngoại trú thông qua chương trình của chúng tôi.
- Chương này bao gồm các quy tắc quý vị cần tuân theo. Chương này cũng đề cập đến các loại thuốc theo toa nào không được chương trình của chúng tôi bảo hiểm.
- Khi quý vị sử dụng “Công cụ xác định quyền lợi theo thời gian thực” của chương trình để tra cứu bảo hiểm thuốc (tham khảo Chương 5, Phần B2), chi phí hiển thị được cung cấp theo “thời gian thực”, nghĩa là chi phí hiển thị trong công cụ phản ánh thời điểm cung cấp ước tính về chi phí tự trả mà quý vị dự kiến phải trả. Quý vị có thể gọi cho điều phối viên chăm sóc của mình hoặc Dịch vụ Khách hàng để biết thêm thông tin.

• *Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc* của chúng tôi.

- Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong hệ thống để nhận các loại thuốc được bảo hiểm của quý vị. Các nhà thuốc trong hệ thống là các nhà thuốc đã đồng ý hợp tác với chúng tôi.
- *Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc* liệt kê những nhà thuốc trong hệ thống của chúng tôi. Để biết thêm thông tin về các nhà thuốc trong hệ thống, hãy tham khảo **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

Mục lục

A. <i>Bản giải thích về quyền lợi</i> (EOB)	184
B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị.....	185
C. Quý vị không phải thanh toán cho lượng cấp thuốc trong một tháng hoặc dài hạn.....	187
C1. Các lựa chọn về nhà thuốc.....	187
C2. Nhận lượng cấp thuốc dài hạn	187
D. Chứng ngừa	187
D1. Những điều quý vị cần biết trước khi nhận vắc-xin	188

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



A. Bản giải thích về quyền lợi (EOB)

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

- **Chi phí tự trả** của quý vị. Đây là số tiền mà quý vị hoặc những người khác thay mặt quý vị trả cho toa thuốc của quý vị. Chi phí này bao gồm những khoản quý vị đã thanh toán khi nhận thuốc Phần D được bảo hiểm, bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của quý vị do gia đình hoặc bạn bè thực hiện, bất kỳ khoản thanh toán nào được thực hiện cho thuốc của quý vị bởi “Trợ giúp bổ sung” từ Medicare, chương trình bảo hiểm sức khỏe của chủ lao động hoặc nghiệp đoàn, Dịch vụ Y tế dành cho Người Mỹ Bản địa, các chương trình hỗ trợ thuốc điều trị AIDS và các tổ chức từ thiện.
- **Tổng chi phí thuốc** của quý vị. Đây là tổng số tất cả các khoản thanh toán được thực hiện cho thuốc Phần D được bảo hiểm của quý vị. Chi phí này bao gồm những khoản chương trình bảo hiểm sức khỏe đã thanh toán và các chương trình hoặc tổ chức khác đã thanh toán cho thuốc Phần D được bảo hiểm của quý vị.

Khi quý vị nhận thuốc theo toa qua chương trình của chúng tôi, chúng tôi gửi cho quý vị một báo cáo được gọi là *Bản giải thích quyền lợi*. Chúng tôi gọi tắt là EOB. EOB không phải là hóa đơn. EOB có thêm thông tin về các loại thuốc quý vị dùng. Quý vị có thể nói chuyện với người kê toa của mình về những lựa chọn có chi phí thấp hơn này. EOB bao gồm:

- **Thông tin trong tháng.** Bản tóm tắt cho biết quý vị đã mua những loại thuốc theo toa nào trong tháng trước. Báo cáo thể hiện tổng chi phí thuốc, những gì chúng tôi đã thanh toán và những gì mà quý vị và người khác trả cho quý vị đã thanh toán.
- **Thông tin từ đầu năm đến hiện tại.** Đây là tổng chi phí thuốc của quý vị và tổng các khoản thanh toán được thực hiện kể từ ngày 1 tháng 1.
- **Thông tin về giá thuốc.** Đây là tổng giá thuốc và bất kỳ phần trăm thay đổi nào về giá thuốc kể từ lần mua đầu tiên.
- **Các lựa chọn thay thế chi phí 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 toa của mình để tìm hiểu thêm.

Chúng tôi bảo hiểm các loại thuốc mà Medicare không bảo hiểm.

- Các khoản thanh toán được thực hiện cho các loại thuốc này sẽ không tính vào tổng chi phí tự trả của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Hầu hết các loại thuốc theo toa mà quý vị nhận được từ nhà thuốc đều được chương trình bảo hiểm. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như một số loại thuốc mua không cần toa (OTC) và một số loại vitamin, có thể được Medi-Cal Rx bảo hiểm. Vui lòng truy cập trang web Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) để biết thêm thông tin. Quý vị cũng có thể gọi cho trung tâm dịch vụ khách hàng Medi-Cal Rx theo số 800-977-2273. Vui lòng mang theo Thẻ xác định quyền lợi Medi-Cal (BIC) của quý vị khi nhận thuốc theo toa thông qua Medi-Cal Rx.
- Để tìm hiểu những loại thuốc nào được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, vui lòng 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 các khoản thanh toán mà quý vị thực hiện, chúng tôi sử dụng các hồ sơ chúng tôi nhận được từ quý vị và nhà thuốc của quý vị. Dưới đây là cách mà quý vị có thể giúp chúng tôi:

1. Dùng Thẻ ID Hội viên của quý vị.

Xuất trình Thẻ ID Hội viên của quý vị mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa. Điều này sẽ giúp chúng tôi biết quý vị mua thuốc theo toa nào và quý vị thanh toán những gì.

2. Hãy đảm bảo chúng tôi có được các thông tin cần thiết.

Gửi cho chúng tôi các bản sao biên lai thuốc được bảo hiểm mà quý vị đã thanh toán. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền thuốc cho quý vị.

Sau đây là một số ví dụ về thời điểm quý vị nên cung cấp cho chúng tôi các bản sao biên lai của quý vị:

- Khi quý vị mua thuốc được bảo hiểm tại nhà thuốc trong hệ thống với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ chiết khấu không thuộc quyền lợi chương trình của chúng tôi
- Khi quý vị thanh toán khoản đồng trả cho những thuốc mà quý vị nhận được theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc
- Khi quý vị mua thuốc được bảo hiểm tại nhà thuốc nằm ngoài hệ thống
- 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 hoàn lại tiền thuốc cho quý vị, hãy tham khảo **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

3. Gửi cho chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán mà người khác đã thực hiện cho quý vị.

Các khoản thanh toán được một số người và tổ chức khác thực hiện cũng được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Ví dụ: các khoản thanh toán được thực hiện bởi chương trình hỗ trợ thuốc điều trị AIDS (ADAP), Dịch vụ Y tế dành cho Người Mỹ Bản địa và hầu hết các tổ chức từ thiện đều được tính vào chi phí tự trả của quý vị.

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

Khi quý vị nhận EOB qua đường bưu điện, vui lòng đảm bảo rằng bản giải thích này hoàn thiện và chính xác.

- **Quý vị có nhận ra tên từng nhà thuốc không?** Kiểm tra ngày tháng. Hôm đó quý vị có nhận thuốc không?
- **Quý vị có nhận được các loại thuốc được liệt kê không?** Chúng có khớp với những gì được liệt kê trên biên lai của quý vị không? Thuốc có phù hợp với những gì bác sĩ kê toa không?

Để biết thêm thông tin, quý vị có thể gọi cho Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan hoặc đọc *Cẩm Nang Hội Viên* Blue Shield TotalDual Plan. Quý vị cũng có thể tìm thấy câu trả lời cho nhiều câu hỏi trên trang web của chúng tôi: blueshieldca.com/medicare.

Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị tìm thấy sai sót trong bản tóm tắt này?

Nếu có điều gì đó khó hiểu hoặc có vẻ không ổn trên EOB này, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan. Quý vị cũng có thể tìm thấy câu trả lời cho nhiều câu hỏi trên trang web của chúng tôi: blueshieldca.com/medicare.

Còn khả năng gian lận thì sao?

Nếu bản tóm tắt này liệt kê các loại thuốc quý vị không dùng hoặc bất kỳ loại thuốc nào khác mà quý vị có vẻ nghi ngờ, vui lòng liên hệ với chúng tôi.

- Hãy gọi cho chúng tôi theo số điện thoại của bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan.
- Hoặc gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi đến những số điện thoại này miễn phí, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.
- Nếu quý vị nghi ngờ rằng một nhà cung cấp dịch vụ nhận Medi-Cal đã thực hiện hành vi gian lận, hoang phí hoặc lạm dụng, quý vị có quyền báo cáo các hành vi đó bằng cách gọi đến số điện thoại miễn phí bảo mật 1-800-822-6222. Quý vị có thể tìm thấy các phương pháp báo cáo gian lận Medi-Cal khác tại: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Nếu quý vị cho rằng có điều gì đó không ổn hoặc thiếu sót, hoặc nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng. Hãy giữ lại các bản EOB này. Chúng là hồ sơ quan trọng về chi phí thuốc của quý vị.

C. Quý vị không phải thanh toán cho lượng cấp thuốc trong một tháng hoặc dài hạn

Với chương trình của chúng tôi, quý vị không phải thanh toán cho các loại thuốc được bảo hiểm miễn là quý vị tuân theo các quy tắc của chúng tôi.

C1. Các lựa chọn về nhà thuốc

Số tiền quý vị thanh toán thuốc tùy thuộc vào địa điểm quý vị nhận thuốc:

- một nhà thuốc trong hệ thống, **hoặc**
- một nhà thuốc ngoài hệ thống. Trong những trường hợp có giới hạn, chúng tôi bảo hiểm cho toa thuốc mua tại các nhà thuốc bên ngoài hệ thống. Tham khảo **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* để tìm hiểu khi nào chúng tôi làm như vậy.
- Nhà thuốc giao hàng tận nhà.

Tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* để tìm hiểu về cách nộp đơn kháng cáo nếu quý vị được thông báo rằng một loại thuốc sẽ không được bảo hiểm. Để tìm hiểu thêm về những lựa chọn nhà thuốc này, hãy tham khảo **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* và *Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc* của chúng tôi.

C2. Nhận lượng cấp thuốc dài hạn

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể nhận lượng cấp thuốc dài hạn (còn được gọi là “lượng cấp thuốc kéo dài”) khi quý vị mua thuốc theo toa. Lượng thuốc cấp dài hạn là lượng thuốc cấp trong 100 ngày. Quý vị không phải trả chi phí cho lượng cấp thuốc dài hạn.

Để biết chi tiết về địa điểm và cách thức nhận lượng cấp thuốc dài hạn, hãy tham khảo **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* hoặc *Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc* của chúng tôi.

D. Chứng ngừa

Thông báo quan trọng về số tiền quý vị phải trả cho vắc-xin: Một số vắc-xin được coi là quyền lợi y tế và được bảo hiểm theo Medicare Phần B. Các vắc-xin khác được coi là thuốc Medicare Phần D. Quý vị có thể tìm thấy các vắc-xin này trong Danh sách thuốc được bảo hiểm (Danh mục thuốc) của chương trình. Chương trình của chúng tôi bảo hiểm miễn phí cho hầu

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



hết các vắc-xin thuộc Medicare Phần D. Tham khảo Danh sách thuốc được bảo hiểm (*Danh mục thuốc*) trong chương trình của quý vị hoặc liên hệ với Dịch vụ Khách hàng để biết thông tin chi tiết về bảo hiểm và chia sẻ chi phí cho các loại vắc-xin cụ thể.

Có hai phần trong bảo hiểm của chúng tôi cho chủng ngừa Medicare Phần D:

1. Phần đầu tiên của bảo hiểm là chi phí của **chính vắc-xin**. Vắc-xin là một loại thuốc theo toa.
2. Phần thứ hai của bảo hiểm là chi phí **cho quý vị dùng vắc-xin**. Ví dụ, đôi khi quý vị có thể được tiêm vắc-xin do bác sĩ thực hiện.

D1. Những điều quý vị cần biết trước khi nhận vắc-xin

Chúng tôi khuyên quý vị nên gọi cho Dịch vụ Khách hàng nếu quý vị dự định chủng ngừa.

- Chúng tôi có thể cho quý vị biết về cách chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho việc chủng ngừa của quý vị.



Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn mà quý vị nhận được cho thuốc hoặc các dịch vụ được bảo hiểm

Giới thiệu

Chương này cho quý vị biết cách thức và thời điểm gửi hóa đơn cho chúng tôi để yêu cầu thanh toán. Chương này cũng cho quý vị biết cách kháng cáo nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Cẩm Nang Hội Viên*.

Mục lục

A. Khi nào quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị	190
B. Gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán	194
C. Quyết định bảo hiểm	195
D. Kháng cáo	196



A. Khi nào quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị

Quý vị sẽ không nhận được hóa đơn cho các dịch vụ hoặc thuốc trong hệ thống. Các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống của chúng tôi phải gửi hóa đơn đến chương trình cho các dịch vụ và thuốc được bảo hiểm mà quý vị đã nhận được. Nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống là nhà cung cấp dịch vụ làm việc với chương trình bảo hiểm sức khỏe.

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp dịch vụ Blue Shield TotalDual Plan lập hóa đơn cho quý vị về các dịch vụ hoặc thuốc này. Chúng tôi thanh toán trực tiếp cho các nhà cung cấp dịch vụ và chúng tôi không để quý vị bị tính bất kỳ chi phí nào.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho toàn bộ chi phí chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc, không được thanh toán cho hóa đơn đó và gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. Để gửi hóa đơn cho chúng tôi, hãy tham khảo **Chương 7, Phần B**.

- Nếu chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ.
- Quý vị có quyền được nhận hoàn trả chi phí nếu chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ hoặc thuốc và quý vị đã thanh toán hóa đơn.
 - Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được Medicare bảo hiểm, chúng tôi sẽ hoàn tiền cho quý vị.
- Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ Medi-Cal đã nhận được, quý vị có thể đủ điều kiện để được bồi hoàn (hoàn trả) nếu quý vị đáp ứng tất cả các điều kiện sau:
 - Dịch vụ quý vị đã nhận được là dịch vụ được Medi-Cal bảo hiểm và chúng tôi có trách nhiệm thanh toán. Chúng tôi sẽ không hoàn trả cho quý vị những dịch vụ không được Blue Shield TotalDual Plan bảo hiểm.
 - Quý vị đã nhận dịch vụ được bảo hiểm sau khi quý vị hội đủ điều kiện trở thành hội viên Blue Shield TotalDual Plan.
 - Quý vị yêu cầu được trả lại tiền trong vòng một năm kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ được bảo hiểm.
 - Quý vị cung cấp bằng chứng rằng quý vị đã thanh toán cho dịch vụ được bảo hiểm, chẳng hạn như biên lai chi tiết từ nhà cung cấp dịch vụ.
 - Quý vị đã nhận được dịch vụ được bảo hiểm từ một nhà cung cấp dịch vụ đã đăng ký tham gia Medi-Cal trong hệ thống của Blue Shield TotalDual Plan. Quý vị không cần phải đáp ứng điều kiện này nếu quý vị đã nhận các dịch vụ chăm sóc cấp cứu,

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



dịch vụ kế hoạch hóa gia đình hoặc một dịch vụ khác mà Medi-Cal cho phép các nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống thực hiện mà không cần chấp thuận trước (cho phép trước).

- Nếu dịch vụ được bảo hiểm thường yêu cầu sự chấp thuận trước, quý vị cung cấp bằng chứng từ nhà cung cấp dịch vụ cho thấy nhu cầu y tế đối với dịch vụ được bảo hiểm.
- Blue Shield TotalDual Plan sẽ cho quý vị biết liệu họ có hoàn trả tiền cho quý vị hay không trong thư thông báo có tên Thông báo hành động. Nếu quý vị đáp ứng tất cả các điều kiện trên, nhà cung cấp dịch vụ đã đăng ký Medi-Cal sẽ trả lại cho quý vị toàn bộ số tiền quý vị đã thanh toán. Nếu nhà cung cấp dịch vụ từ chối trả lại tiền cho quý vị, Blue Shield TotalDual Plan sẽ trả lại cho quý vị toàn bộ số tiền quý vị đã thanh toán. Chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị trong vòng 45 ngày làm việc kể từ khi nhận được yêu cầu bồi hoàn. Nếu nhà cung cấp dịch vụ đã đăng ký tham gia Medi-Cal, nhưng không tham gia hệ thống của chúng tôi và từ chối trả lại tiền cho quý vị, Blue Shield TotalDual Plan sẽ trả lại tiền cho quý vị, nhưng chỉ lên đến số tiền mà FFS Medi-Cal sẽ trả. Blue Shield TotalDual Plan sẽ hoàn lại cho quý vị toàn bộ số tiền tự chi trả cho các dịch vụ cấp cứu, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình hoặc dịch vụ khác mà Medi-Cal cho phép cung cấp từ các nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống mà không cần sự chấp thuận trước. Nếu quý vị không đáp ứng một trong các điều kiện trên, chúng tôi sẽ không hoàn lại tiền cho quý vị.
- Blue Shield TotalDual Plan sẽ không trả lại tiền cho quý vị nếu:
 - Quý vị đã yêu cầu và nhận được các dịch vụ không phải do Medi-Cal bảo hiểm, chẳng hạn như các dịch vụ thẩm mỹ.
 - Dịch vụ này không phải là dịch vụ được bảo hiểm cho Blue Shield TotalDual Plan.
 - Quý vị đã đến thăm khám với một bác sĩ không dùng Medi-Cal và quý vị đã ký vào một mẫu đơn nói rằng quý vị vẫn muốn được thăm khám và quý vị sẽ tự thanh toán cho các dịch vụ.
- Nếu chúng tôi không bảo hiểm cho các dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị.

Liên hệ với Dịch vụ Khách hàng hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào. Nếu quý vị không biết số tiền mà đáng lẽ quý vị cần thanh toán hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn và không biết phải giải quyết như thế nào, chúng tôi có thể giúp. Quý vị cũng có thể gọi điện nếu quý vị muốn cho chúng tôi biết thông tin về yêu cầu thanh toán mà quý vị đã gửi cho chúng tôi.

Dưới đây là một số ví dụ về những lúc quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi bồi hoàn hoặc thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận được:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



1. Khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe khẩn cấp cần thiết hoặc cấp cứu từ một nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống

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

- Nếu quý vị thanh toán toàn bộ số tiền khi nhận dịch vụ chăm sóc, hãy yêu cầu chúng tôi bồi hoàn cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã thực hiện.
- Quý vị có thể nhận hóa đơn từ nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu khoản thanh toán mà quý vị nghĩ rằng mình không nợ. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã thực hiện.
 - Nếu nhà cung cấp dịch vụ cần được thanh toán, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ.
 - Nếu quý vị đã thanh toán nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị cho dịch vụ Medicare, chúng tôi sẽ tính toán xem nợ quý vị bao nhiêu và bồi hoàn cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi.

2. Khi nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống gửi hóa đơn cho quý vị

Các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống phải luôn gửi hóa đơn cho chúng tôi. Điều quan trọng là phải xuất trình Thẻ ID Hội viên của quý vị khi quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc toa thuốc nào; tuy nhiên, đôi khi các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống mắc sai lầm và yêu cầu quý vị thanh toán cho dịch vụ hoặc nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị. **Gọi cho Dịch vụ Khách hàng** hoặc điều phối viên chăm sóc của quý vị theo số ở cuối trang này **nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào.**

- Vì chúng tôi thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ của quý vị, quý vị không phải chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí nào. Các nhà cung cấp dịch vụ không được lập bất kỳ hóa đơn nào cho quý vị đối với các dịch vụ này.
- Bất kỳ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ liên lạc trực tiếp với nhà cung cấp dịch vụ và giải quyết vấn đề này.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn từ nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống cho các dịch vụ được Medicare bảo hiểm, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện. Chúng tôi sẽ bồi hoàn cho quý vị phần chênh lệch giữa số tiền quý vị đã thanh toán và số tiền nợ quý vị theo chương trình của chúng tôi.

3. Nếu quý vị đã đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi từ lúc trước

Đôi khi việc đăng ký tham gia chương trình của quý vị có thể được tính từ một ngày trước đây. (Điều này có nghĩa là ngày đầu tiên của giai đoạn đăng ký của quý vị đã trôi qua. Thậm chí có thể là vào năm ngoái.)

- Nếu quý vị đã đăng ký tham gia từ trước và quý vị đã thanh toán hóa đơn sau ngày đăng ký, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị.
- Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã thực hiện.

4. Khi quý vị sử dụng nhà thuốc ngoài hệ thống để mua thuốc theo toa

Nếu quý vị sử dụng nhà thuốc ngoài hệ thống, quý vị sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc của mình.

- Chỉ trong một số ít trường hợp, chúng tôi sẽ bảo hiểm các thuốc theo toa được mua tại các nhà thuốc ngoài hệ thống. Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên lai khi quý vị yêu cầu chúng tôi bồi hoàn.
- Tham khảo **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* để tìm hiểu thêm về nhà thuốc ngoài hệ thống.
- Chúng tôi có thể không hoàn trả cho quý vị phần chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả cho thuốc tại nhà thuốc ngoài hệ thống và số tiền chúng tôi sẽ trả tại nhà thuốc trong hệ thống.

5. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D vì quý vị không mang theo Thẻ ID Hội viên

Nếu quý vị không mang theo Thẻ ID Hội viên, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi hoặc tra cứu thông tin đăng ký tham gia chương trình của quý vị.

- Nếu nhà thuốc không thể nhận được thông tin ngay lập tức, quý vị có thể phải tự thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa hoặc quay lại nhà thuốc cùng với Thẻ ID Hội viên của mình.
- Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên lai khi quý vị yêu cầu chúng tôi bồi hoàn.
- Chúng tôi có thể không hoàn trả cho quý vị toàn bộ chi phí quý vị đã trả nếu giá theo tiền mặt quý vị đã trả cao hơn giá thương lượng của chúng tôi cho toa thuốc.

6. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D cho một loại thuốc không được bảo hiểm

Quý vị có thể thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa vì thuốc không được bảo hiểm.

- Thuốc có thể không có trong *Danh sách thuốc được bảo hiểm (Danh sách thuốc)* trên trang web của chúng tôi hoặc có thể có yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết hoặc không nghĩ là áp dụng cho mình. Nếu quý vị quyết định nhận thuốc, quý vị có thể cần phải thanh toán toàn bộ chi phí.
 - Nếu quý vị không thanh toán cho loại thuốc đó nhưng cho rằng chúng tôi nên bảo hiểm cho loại thuốc đó, quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm (tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên*).
 - Nếu quý vị và bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị nghĩ rằng quý vị cần thuốc ngay lập tức, quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh (xem **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên*).
- Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên lai khi quý vị yêu cầu chúng tôi bồi hoàn. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cần thêm thông tin từ bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị để bồi hoàn chi phí thuốc cho quý vị. Chúng tôi có thể không hoàn trả cho quý vị toàn bộ chi phí quý vị đã trả nếu giá quý vị trả cao hơn giá thương lượng của chúng tôi cho toa thuốc.

Khi quý vị gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu đó và quyết định xem dịch vụ hoặc thuốc đó có được bảo hiểm hay không. Việc này được gọi là ra “quyết định bảo hiểm”. Nếu chúng tôi quyết định dịch vụ hoặc thuốc đó phải được bảo hiểm, chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ đó.

Điều này có nghĩa là 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 cách khiếu nại, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

B. Gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán

Gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện cho các dịch vụ Medicare. Bằng chứng về khoản thanh toán có thể là bản sao của tấm séc mà quý vị đã viết hoặc biên lai từ nhà cung cấp dịch vụ. **Quý vị nên lập bản sao hóa đơn và biên lai để lưu hồ sơ cho quý vị.** Quý vị có thể yêu cầu điều phối viên chăm sóc sức khỏe của quý vị trợ giúp. Quý vị phải gửi thông tin y tế của mình cho chúng tôi trong vòng một năm kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc. Quý vị phải gửi thông tin thuốc theo toa Phần D của mình cho chúng tôi trong vòng ba năm kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Để đảm bảo quý vị cung cấp cho chúng tôi tất cả thông tin chúng tôi cần để quyết định, quý vị có thể điền vào biểu mẫu yêu cầu bồi hoàn của chúng tôi để yêu cầu thanh toán.

- Quý vị không bắt buộc phải sử dụng biểu mẫu nhưng biểu mẫu giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn.
- Quý vị có thể lấy biểu mẫu trên trang web của chúng tôi (blueshieldca.com), hoặc quý vị có thể gọi cho Bộ phận Dịch vụ Khách hàng và yêu cầu biểu mẫu.

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

Yêu cầu bồi hoàn y tế:

Blue Shield TotalDual Plan
Medicare Customer Service
P.O. Box 272640
Chico, CA 95227-2640

Yêu cầu xin bồi hoàn thuốc theo toa Phần D:

Claims Processing
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

Quý vị phải gửi yêu cầu xin bồi hoàn y tế cho chúng tôi trong vòng một năm kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc. **Quý vị phải gửi yêu cầu xin bồi hoàn thuốc theo toa Phần D cho chúng tôi trong vòng ba năm** kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc.

C. Quyết định bảo hiểm

Khi chúng tôi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ 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, vật dụng hoặc thuốc của quý vị hay không. Chúng tôi cũng quyết định số tiền quý vị phải trả, nếu có.

- Chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết nếu chúng tôi cần thêm thông tin từ quý vị.
- Nếu chúng tôi quyết định chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc và quý vị đã tuân theo tất cả các quy tắc để nhận dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc, chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ đó. Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tấm séc qua đường bưu điện để thanh toán cho phần chi phí của chúng tôi. Nếu quý vị đã thanh toán toàn bộ chi phí cho một loại

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

thuốc, quý vị có thể không được hoàn trả toàn bộ số tiền quý vị đã thanh toán (ví dụ: nếu quý vị mua thuốc tại nhà thuốc ngoài hệ thống hoặc nếu giá tiền quý vị thanh toán cao hơn giá thương lượng của chúng tôi). Nếu quý vị chưa thanh toán, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ.

Chương 3 trong *Cẩm Nang Hội Viên* giải thích các quy tắc để dịch vụ của quý vị được bảo hiểm. **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* giải thích các quy tắc để thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị được bảo hiểm.

- Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư kèm theo lý do. Trong thư cũng sẽ giải thích về quyền kháng cáo của quý vị.
- Để tìm hiểu thêm về quyết định bảo hiểm, hãy tham khảo **Chương 9**.

D. Kháng cáo

Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã mắc sai lầm trong việc từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định. Hành động này được gọi là "tiến hành kháng cáo". Quý vị cũng có thể tiến hành kháng cáo nếu quý vị không đồng ý với số tiền mà chúng tôi thanh toán.

Quy trình kháng cáo chính thức có các thủ tục và thời hạn chi tiết. Để tìm hiểu thêm về kháng cáo, hãy tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* của quý vị:

- Để kháng cáo về việc nhận tiền hoàn lại cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy tham khảo **Phần F**.
 - Để kháng cáo về việc nhận tiền hoàn lại cho một loại thuốc, hãy tham khảo **Phần 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 trong chương trình của chúng tôi. Chúng tôi phải tôn trọng quyền của quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Cẩm Nang Hội Viên*.

Mục lục

A. Quyền của quý vị được nhận các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị	198
B. Trách nhiệm của chúng tôi về việc quý vị tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được bảo hiểm	199
C. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc bảo vệ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị (PHI).....	200
C1. Chúng tôi bảo vệ thông tin PHI của quý vị như thế nào	201
C2. Quyền xem hồ sơ y tế của quý vị	202
D. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc cung cấp thông tin cho quý vị.....	202
E. Nhà cung cấp trong hệ thống không thể gửi hóa đơn trực tiếp cho quý vị	204
F. Quyền của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi	204
G. Quý vị có quyền ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị	204
G1. Quyền của quý vị được biết các lựa chọn điều trị và đưa ra quyết định	204
G2. Quý vị có quyền nói ra những điều mình muốn xảy ra nếu quý vị không thể tự ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân.....	205
G3. Cần làm gì nếu chỉ thị của quý vị không được tuân thủ	206
H. Quyền khiếu nại của quý vị và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của mình.....	207
H1. Phải làm gì khi bị đối xử bất công hoặc để biết thêm thông tin về quyền của quý vị	207
I. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên chương trình	207

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



A. Quyền của quý vị được nhận các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về mặt văn hóa và dễ tiếp cận. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách thức quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, vui lòng gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị hoặc Dịch vụ Khách hàng. Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung giản thể, tiếng Trung truyền thống, tiếng Farsi, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Nhật, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Punjab, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina, tiếng Việt và ở các định dạng như bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi dưới một định dạng có thể truy cập và thích hợp cho quý vị, vui lòng gọi để gửi khiếu nại cho:

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator

P.O. Box 629007

El Dorado Hills, CA 95762- 9007

Điện thoại: (844) 831-4133 (TTY: 711)

Fax: (844) 696-6070

Email: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

- Quý vị có thể đưa ra yêu cầu dài hạn để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác tiếng Anh hoặc bằng định dạng thay thế bây giờ và trong tương lai. Để đưa ra yêu cầu, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan.
- Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan sẽ lưu giữ ngôn ngữ và định dạng ưa thích của quý vị trong hồ sơ để liên lạc trong tương lai. Để thực hiện bất kỳ cập nhật nào về tùy chọn của quý vị, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì các vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn gửi khiếu nại, vui lòng gọi:

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

Quý vị có thể cập nhật cách quý vị muốn chúng tôi liên hệ với quý vị, cũng như chủng tộc, dân tộc, ngôn ngữ và xu hướng giới tính, nhân dạng giới tính và thông tin đại từ xưng hô bằng cách truy cập cổng thông tin hội viên. Thông tin này giúp chúng tôi hiểu và hỗ trợ các nhu cầu và ưu tiên cụ thể của quý vị. Chúng tôi hiểu tầm quan trọng của việc giữ kín và bảo mật thông tin cá nhân của quý vị và chúng tôi có nghĩa vụ thực hiện điều đó một cách nghiêm túc. Chúng tôi có các chính sách và thủ tục để quản lý quyền truy cập để xác định thời điểm và cách chúng tôi sử dụng dữ liệu này. Thông tin này sẽ không được sử dụng để xác định bảo hiểm của các quyền lợi và/hoặc dịch vụ của quý vị. Chúng tôi có thể chia sẻ nhu cầu ngôn ngữ cá nhân của quý vị với (các) nhà cung cấp dịch vụ cụ thể của quý vị để giúp hỗ trợ nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.

B. Trách nhiệm của chúng tôi về việc quý vị tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được bảo hiểm

Là hội viên của chương trình, quý vị có quyền:

- Quý vị có quyền chọn bác sĩ chăm sóc chính (PCP) trong hệ thống của chúng tôi. Nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống là nhà cung cấp dịch vụ làm việc với chúng tôi. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về những loại hình nhà cung cấp dịch vụ có thể hoạt động với tư cách là PCP và cách chọn PCP trong **Chương 3** của *Cẩm Nang Hội Viên*.
 - Hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị hoặc Dịch vụ Khách hàng hoặc xem *Danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc* để tìm hiểu thêm về các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống và bác sĩ nào đang tiếp nhận bệnh nhân mới.
- Quý vị có quyền đến khám với bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ mà không cần giấy giới thiệu. Giấy giới thiệu là sự chấp thuận từ PCP của quý vị để sử dụng một nhà cung cấp dịch vụ không phải là PCP của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống trong khoảng thời gian hợp lý.
 - Điều này bao gồm quyền nhận các dịch vụ kịp thời từ các bác sĩ chuyên khoa.
 - Nếu quý vị không thể nhận được dịch vụ trong một khoảng thời gian hợp lý, chúng tôi phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc ngoài hệ thống.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ chăm sóc khẩn cấp cần thiết mà không cần sự chấp thuận trước (PA).
- Quý vị có quyền mua thuốc theo toa tại bất kỳ nhà thuốc nào trong hệ thống của chúng tôi mà không bị trì hoãn lâu.
- Quý vị có quyền biết khi nào quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống. Để tìm hiểu về các nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống, hãy tham khảo **Chương 3** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.
- Khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi lần đầu tiên, quý vị có quyền duy trì các nhà cung cấp dịch vụ hiện tại của quý vị và sự cho phép đối với dịch vụ trong tối đa 12 tháng nếu đáp ứng một số tiêu chí. Để tìm hiểu thêm về việc duy trì nhà cung cấp dịch vụ và sự chấp thuận đối với dịch vụ của quý vị, hãy tham khảo **Chương 1** của *Cẩm Nang Hội Viên*.
- Quý vị có quyền đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe của riêng mình với sự trợ giúp từ nhóm chăm sóc và điều phối viên chăm sóc của quý vị.

Chương 9 trong *Cẩm Nang Hội Viên* trình bày việc quý vị có thể làm nếu quý vị cho rằng mình không nhận được dịch vụ hoặc thuốc trong khoảng thời gian hợp lý. Chương này cũng trình bày 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. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc bảo vệ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị (PHI)

Chúng tôi bảo vệ thông tin PHI của quý vị theo yêu cầu của luật pháp tiểu bang và liên bang.

Thông tin PHI của quý vị bao gồm thông tin quý vị đã cung cấp cho chúng tôi khi đăng ký tham gia chương trình. Đồng thời bao gồm cả hồ sơ y tế cũng như thông tin y tế và sức khỏe khác của quý vị.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Quý vị có quyền đối với thông tin của mình và kiểm soát cách sử dụng thông tin PHI của quý vị. Chúng tôi cung cấp cho quý vị thông báo bằng văn bản tư vấn cho quý vị về các quyền này và giải thích cách chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư cho thông tin PHI của quý vị. Thông báo này được gọi là “Thông báo về thực hành quyền riêng tư.”

Các hội viên, có thể đồng ý nhận các dịch vụ nhạy cảm, không bắt buộc phải yêu cầu sự chấp thuận của bất kỳ hội viên nào khác để nhận các dịch vụ nhạy cảm hoặc để nộp yêu cầu xin bồi hoàn cho các dịch vụ nhạy cảm. Blue Shield TotalDual Plan sẽ chuyển các thông tin giao tiếp về các dịch vụ nhạy cảm đến địa chỉ nhận thư, địa chỉ email hoặc số điện thoại được chỉ định thay thế của hội viên hoặc, trong trường hợp không có chỉ định, sẽ chuyển đến tên của hội viên theo địa chỉ hoặc số điện thoại có 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 nếu không có sự chấp thuận bằng văn bản từ hội viên nhận dịch vụ chăm sóc. Blue Shield TotalDual Plan sẽ đáp ứng các yêu cầu về thông tin giao tiếp bảo mật ở hình thức và định dạng được yêu cầu, nếu thông tin có thể dễ dàng tái tạo ở hình thức và định dạng được yêu cầu, hoặc tại các địa điểm thay thế. Yêu cầu của hội viên về thông tin trao đổi bảo 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 trao đổi bảo mật. Để yêu cầu một bản sao Thông báo về thực hành quyền riêng tư của chúng tôi hoặc yêu cầu lưu trữ Thông tin liên lạc bảo mật vào hồ sơ của quý vị, quý vị có thể:

1. Truy cập blueshieldca.com và nhấp vào liên kết Quyền riêng tư ở cuối trang chủ. Ở đó quý vị có thể tìm thấy Thông báo về thực hành quyền riêng tư và biểu mẫu Thông tin liên lạc bảo mật.
2. Gọi cho số của bộ phận Dịch vụ Khách hàng có trên thẻ ID hội viên Blue Shield của quý vị.
3. Gọi cho Văn phòng Quyền riêng tư của Blue Shield of California theo số điện thoại miễn phí (888) 266-8080. Người dùng TTY xin gọi số 711.
4. Gửi email cho chúng tôi theo địa chỉ: privacy@blueshieldca.com

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

Chúng tôi đảm bảo rằng những người không được ủy quyền sẽ không thể xem hoặc thay đổi hồ sơ của quý vị.

Ngoại trừ các trường hợp được ghi chú bên dưới, chúng tôi không cung cấp thông tin PHI của quý vị cho bất kỳ ai không cung cấp dịch vụ chăm sóc hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Nếu chúng tôi làm vậy, chúng tôi phải nhận được sự cho phép trước bằng văn bản từ quý vị. Quý vị, hoặc người được ủy quyền hợp pháp để đưa ra quyết định cho quý vị, có thể đưa ra sự cho phép bằng văn bản.

Đôi khi chúng tôi không cần phải có sự cho phép trước bằng văn bản của quý vị. Các trường hợp ngoại lệ này được luật pháp cho phép hoặc yêu cầu:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Chúng tôi phải tiết lộ thông tin PHI cho các cơ quan chính phủ kiểm tra chất lượng dịch vụ chăm sóc trong chương trình của chúng tôi.
- Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin PHI nếu được tòa án ra lệnh, nhưng chỉ khi thông tin này được luật pháp California cho phép.
- Chúng tôi phải cung cấp thông tin PHI của quý vị cho Medicare. Nếu Medicare tiết lộ thông tin PHI của quý vị cho mục đích nghiên cứu hoặc mục đích sử dụng khác, họ sẽ làm điều đó theo luật liên bang.

C2. Quyền xem hồ sơ y tế của quý vị

- Quý vị có quyền xem hồ sơ y tế của mình và nhận bản sao hồ sơ của mình.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cập nhật hoặc chỉnh sửa hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thực hiện việc này, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định có cần thực hiện những thay đổi đó không.
- Quý vị có quyền biết liệu chúng tôi có chia sẻ thông tin PHI của quý vị với người khác hay không và bằng cách nào.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại về quyền riêng tư cho thông tin PHI của mình, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng.

D. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc cung cấp thông tin cho quý vị

Là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị có quyền nhận thông tin từ chúng tôi về chương trình, nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống của chúng tôi và các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị. Quý vị cũng có quyền đưa ra các đề xuất liên quan đến Quyền và trách nhiệm của hội viên trong chương trình.

Nếu quý vị không nói được tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ thông dịch để giải đáp các thắc mắc của quý vị về chương trình của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi Dịch vụ Khách hàng. Đây là dịch vụ miễn phí cho quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí cho quý vị. *Cẩm Nang Hội Viên* và các tài liệu quan trọng khác có sẵn bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh. Tài liệu cũng có thể được cung cấp bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung giản thể, tiếng Trung truyền thống, 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 và tiếng Việt. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin ở dạng bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Chúng tôi được yêu cầu cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình dưới một định dạng có thể truy cập và thích hợp cho quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Nếu quý vị muốn biết thông tin về bất kỳ điều nào sau đây, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng:

- Cách lựa chọn hoặc thay đổi chương trình
- Chương trình của chúng tôi, bao gồm:
 - thông tin tài chính
 - đánh giá của hội viên về chương trình
 - số lượng kháng cáo từ hội viên
 - cách rời khỏi chương trình của chúng tôi
- Các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống và các nhà thuốc trong hệ thống của chúng tôi, bao gồm:
 - cách lựa chọn hoặc thay đổi bác sĩ chăm sóc chính
 - trình độ chuyên môn của các nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc trong hệ thống của chúng tôi
 - cách chúng tôi thanh toán cho các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống của chúng tôi
- Các dịch vụ và thuốc được bảo hiểm, bao gồm:
 - dịch vụ (tham khảo **Chương 3 và 4** trong *Cẩm Nang Hội Viên*) và thuốc (tham khảo **Chương 5 và 6** trong *Cẩm Nang Hội Viên*) được chương trình của chúng tôi bảo hiểm
 - các giới hạn đối với bảo hiểm và thuốc của quý vị
 - các quy tắc quý vị phải tuân theo để nhận các dịch vụ và thuốc được bảo hiểm
- Tại sao có một số thứ không được bảo hiểm và quý vị có thể làm gì với vấn đề đó (tham khảo **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên*), bao gồm cả việc yêu cầu chúng tôi:
 - cung cấp văn bản giải thích tại sao một số thứ không được bảo hiểm
 - thay đổi quyết định chúng tôi đã đưa ra
 - thanh toán hóa đơn quý vị nhận được



E. Nhà cung cấp trong hệ thống không thể gửi hóa đơn trực tiếp cho quý vị

Bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ khác trong hệ thống của chúng tôi không được yêu cầu quý vị thanh toán cho các dịch vụ được bảo hiểm. Họ cũng không được tính phí cho quý vị nếu chúng tôi trả số tiền thấp hơn số tiền nhà cung cấp dịch vụ tính phí. Để biết cần làm gì nếu một nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống cố tình tính phí các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị, hãy xem **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

F. Quyền của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi

Không ai có thể bắt quý vị ở lại chương trình của chúng tôi nếu quý vị không muốn.

- Quý vị có quyền nhận hầu hết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình qua Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage (MA) khác.
- Quý vị có thể nhận quyền lợi thuốc theo toa Medicare Phần D từ một chương trình thuốc theo toa hoặc từ một chương trình MA khác.
- Tham khảo **Chương 10** trong *Cẩm Nang Hội Viên*:
 - Để biết thêm thông tin về thời điểm quý vị có thể tham gia chương trình quyền lợi thuốc theo toa hoặc MA mới.
 - Để biết thông tin về cách quý vị sẽ nhận được quyền lợi Medi-Cal nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi.

G. Quý vị có quyền ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị

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

G1. Quyền của quý vị được biết các lựa chọn điều trị và đưa ra quyết định

Nhà cung cấp dịch vụ của quý vị phải giải thích tình trạng và các lựa chọn điều trị của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Quý vị có quyền được đối xử một cách tôn trọng trong tất cả các khía cạnh của dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, và quý vị có quyền có phẩm giá của mình và quyền riêng tư của quý vị. Quý vị có quyền:

- **Biết các lựa chọn của mình.** Quý vị có quyền được cho biết về tất cả các lựa chọn điều trị, bất kể chi phí hoặc bảo hiểm quyền lợi là bao nhiêu

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- **Biết về các nguy cơ.** Quý vị có quyền được cho biết về bất kỳ nguy cơ nào có liên quan. Chúng tôi phải cho quý vị biết trước nếu có bất kỳ dịch vụ hoặc biện pháp điều trị nào nằm trong thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị có quyền từ chối các biện pháp điều trị mang tính thử nghiệm.
- **Nhận được ý kiến thứ hai.** Quý vị có quyền đến khám với một bác sĩ khác trước khi quyết định biện pháp điều trị.
- **Từ chối.** Quý vị có quyền từ chối bất kỳ biện pháp điều trị nào. Điều này bao gồm quyền được rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ khuyên quý vị không nên rời khỏi. Quý vị cũng có quyền ngừng sử dụng thuốc theo toa. Nếu quý vị từ chối việc điều trị hoặc ngừng sử dụng thuốc theo toa, quý vị sẽ không bị loại khỏi chương trình của chúng tôi. Tuy nhiên, nếu quý vị từ chối việc điều trị hoặc ngừng sử dụng thuốc, quý vị phải hoàn toàn chịu trách nhiệm đối với những gì có thể xảy ra cho quý vị.
- **Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi giải thích lý do tại sao nhà cung cấp dịch vụ từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc.** Quý vị có quyền được chúng tôi giải thích trong trường hợp nhà cung cấp dịch vụ từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị cho rằng mình phải được nhận.
- **Yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho dịch vụ hoặc thuốc mà chúng tôi đã từ chối hoặc thường không bảo hiểm.** Đây được gọi là quyết định bảo hiểm. **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* cho biết cách yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm.

G2. Quý vị có quyền nói ra những điều mình muốn xảy ra nếu quý vị không thể tự ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân

Đôi khi, mọi người không thể tự ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân. Trước khi điều đó xảy ra với quý vị, quý vị có thể:

- Điền vào mẫu đơn bằng văn bản để **trao cho một người nào đó quyền ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị.**
- **Đưa cho bác sĩ của quý vị văn bản hướng dẫn** về cách quý vị muốn họ xử lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình nếu quý vị mất khả năng tự ra quyết định cho bản thân.

Văn bản pháp lý mà quý vị có thể sử dụng để đưa ra các chỉ thị của quý vị được gọi là "chỉ thị trước". Có các loại chỉ thị trước khác nhau với tên gọi khác nhau. Các ví dụ của chỉ thị trước là bản ý nguyện trị liệu và giấy ủy quyền về chăm sóc y tế.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Quý vị không bắt buộc phải có chỉ thị trước, nhưng quý vị có thể lập chỉ thị trước. Dưới đây là những việc cần làm nếu quý vị muốn sử dụng chỉ thị trước:

- **Lấy mẫu đơn.** Quý vị có thể lấy mẫu đơn từ bác sĩ của quý vị, luật sư, cơ quan dịch vụ pháp lý hoặc nhân viên công tác xã hội. Các nhà thuốc và văn phòng nhà cung cấp dịch vụ thường có mẫu đơn này. Quý vị có thể tìm một mẫu đơn miễn phí trực tuyến và tải xuống. Quý vị cũng có thể liên lạc với Dịch vụ Khách hàng để yêu cầu mẫu đơn.
- **Điền vào mẫu đơn và ký tên.** Mẫu đơn này là tài liệu pháp lý. Quý vị nên cân nhắc việc nhờ luật sư hoặc người khác mà quý vị tin tưởng, chẳng hạn như thành viên gia đình hoặc PCP của quý vị, giúp quý vị hoàn thành việc này.
- **Cung cấp bản sao cho những người cần biết về tài liệu này.** Quý vị cần cung cấp bản sao của mẫu đơn này cho bác sĩ của mình. Quý vị cũng cần cung cấp bản sao cho người quý vị chỉ định là người sẽ ra quyết định cho quý vị. Quý vị cũng có thể muốn cung cấp bản sao cho bạn thân hoặc thành viên gia đình. Hãy nhớ giữ một bản sao tại nhà.
- Nếu quý vị đang được nhập viện và đã ký chỉ thị trước, **hãy đem theo bản sao tới bệnh viện.**
 - Bệnh viện sẽ hỏi xem quý vị có mẫu đơn chỉ thị trước có chữ ký hay không và liệu quý vị có mang theo không.
 - Nếu quý vị chưa ký mẫu đơn chỉ thị trước, bệnh viện có thể cung cấp mẫu đơn và sẽ hỏi liệu quý vị có muốn ký mẫu đơn không.

Quý vị có quyền:

- Yêu cầu đưa chỉ thị trước của quý vị vào hồ sơ y tế của quý vị.
- Thay đổi hoặc hủy bỏ chỉ thị trước của quý vị bất cứ lúc nào.
- Tìm hiểu về những thay đổi đối với luật về chỉ thị trước. Blue Shield TotalDual Plan sẽ cho quý vị biết về những thay đổi trong luật pháp tiểu bang không quá 90 ngày sau khi có sự thay đổi.

Gọi cho Dịch vụ Khách hàng để biết thêm thông tin.

G3. Cần làm gì nếu chỉ thị của quý vị không được tuân thủ

Nếu quý vị đã ký chỉ thị trước và quý vị cho rằng bác sĩ hoặc bệnh viện đã không làm theo chỉ thị trong đó, quý vị có thể khiếu nại với Livanta (Tổ chức Nâng cao Chất lượng của California) theo số (877) 588-1123 (TTY: 711) hoặc viết thư cho: Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

H. Quyền khiếu nại của quý vị và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của mình

Chương 9 trong *Cẩm Nang Hội Viên* trình bày việc quý vị có thể làm nếu quý vị có bất kỳ vấn đề hoặc lo ngại nào về các dịch vụ hoặc chăm sóc được bảo hiểm của quý vị. Ví dụ như, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm, kháng cáo để thay đổi một quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại.

Quý vị có quyền nhận được thông tin về kháng cáo và khiếu nại về chương trình của chúng tôi mà các hội viên khác đã nộp. Hãy gọi Dịch vụ Khách hàng để nhận thông tin này.

H1. Phải làm gì khi bị đối xử bất công hoặc để biết thêm thông tin về quyền của quý vị

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đối xử bất công với quý vị – và đó **không phải** là phân biệt đối xử vì những lý do được liệt kê trong **Chương 11** của *Cẩm Nang Hội Viên* – hoặc quý vị muốn biết thêm thông tin về quyền và trách nhiệm của mình, quý vị có thể gọi:

- Dịch vụ Khách hàng theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711).
- Hãy gọi cho Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn về Bảo hiểm Sức khỏe (HICAP) theo số 1-800-434-0222 (TTY: 711). Để biết thêm chi tiết về HICAP, hãy tham khảo **Chương 2 Phần E**.
- Chương trình Thanh tra Bảo vệ Quyền lợi Hội viên theo số 1-888-452-8609. Để biết thêm chi tiết về chương trình này, hãy tham khảo **Chương 2** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.
- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. (Quý vị cũng có thể đọc hoặc tải xuống “Quyền và sự bảo vệ của Medicare” trên trang web của 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 hội viên của chương trình, quý vị có trách nhiệm làm những việc được liệt kê bên dưới. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng.

- **Đọc *Cẩm Nang Hội Viên*** để tìm hiểu xem chương trình của chúng tôi bảo hiểm những gì và các quy tắc cần tuân theo để nhận được các dịch vụ và thuốc được bảo hiểm. Để biết chi tiết về:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Các dịch vụ được bảo hiểm, tham khảo **Chương 3 và 4** trong *Cẩm Nang Hội Viên*. Các chương này cho quý vị biết về các dịch vụ được bảo hiểm, các dịch vụ không được bảo hiểm, các quy tắc quý vị cần tuân thủ và số tiền quý vị phải thanh toán.
- Thuốc được bảo hiểm, tham khảo **Chương 5 và 6** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.
- **Cho chúng tôi biết về bất kỳ khoản bảo hiểm y tế hoặc khoản bảo hiểm thuốc theo toa nào khác** mà quý vị có. Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị sử dụng tất cả các lựa chọn bảo hiểm của mình khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng nếu quý vị có bảo hiểm khác.
- **Cho bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị biết** là quý vị đã tham gia chương trình của chúng tôi. Xuất trình Thẻ ID Hội viên của quý vị khi quý vị nhận dịch vụ hoặc thuốc.
- **Giúp các bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác và Chương trình của quý vị cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt nhất** cho quý vị.
 - Cung cấp thông tin họ cần về quý vị và sức khỏe của quý vị. Tìm hiểu nhiều nhất có thể về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Tuân theo các kế hoạch và hướng dẫn điều trị mà quý vị và nhà cung cấp dịch vụ của quý vị đã nhất trí thực hiện.
 - Đảm bảo rằng các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị biết về tất cả các loại thuốc quý vị đang sử dụng. Bao gồm thuốc theo toa, thuốc mua không cần toa, vitamin và thực phẩm bổ sung.
 - Hỏi bất kỳ câu hỏi nào quý vị có. Các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị phải giải thích mọi thứ theo cách quý vị có thể hiểu được. Nếu quý vị đặt câu hỏi và không hiểu câu trả lời đã nhận được, hãy hỏi lại.
- **Làm việc với điều phối viên chăm sóc của quý vị** bao gồm hoàn thành đánh giá rủi ro sức khỏe hàng năm.
- **Quan tâm tới người khác.** Chúng tôi mong muốn tất cả các hội viên tôn trọng quyền của những người khác. Chúng tôi cũng mong muốn quý vị cư xử một cách tôn trọng tại văn phòng bác sĩ, bệnh viện và văn phòng của các nhà cung cấp dịch vụ khác.
- **Thanh toán các khoản quý vị còn nợ.** Là hội viên chương trình, quý vị có trách nhiệm thanh toán các khoản sau:

- Lệ phí bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B. Với hầu hết các hội viên Blue Shield TotalDual Plan, Medi-Cal thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A và phí bảo hiểm Medicare Phần B của quý vị.
- **Nếu quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc nào không được chương trình của chúng tôi bảo hiểm, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí.** (Lưu ý: Nếu quý vị không đồng ý với quyết định không bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc thuốc nào đó của chúng tôi, quý vị có thể kháng cáo. Vui lòng tham khảo **Chương 9** để tìm hiểu cách kháng cáo.)
- **Cho chúng tôi biết nếu quý vị chuyển đi.** Nếu quý vị có kế hoạch chuyển đi, hãy cho chúng tôi biết ngay. Hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị hoặc Dịch vụ Khách hàng.
 - **Nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực phục vụ của chúng tôi, quý vị không thể ở lại trong chương trình này.** Chỉ những người sống trong khu vực phục vụ của chúng tôi mới có thể là hội viên của chương trình này. **Chương 1** trong *Cẩm Nang Hội Viên* cho quý vị biết khu vực phục vụ của chúng tôi.
 - Chúng tôi có thể giúp quý vị tìm hiểu xem quý vị có đang di chuyển ra ngoài khu vực phục vụ của chúng tôi hay không. Trong giai đoạn tiếp nhận đăng ký đặc biệt, quý vị có thể chuyển sang Original Medicare hoặc đăng ký tham gia một chương trình bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare ở địa điểm mới của quý vị. Chúng tôi có thể cho quý vị biết nếu chúng tôi có chương trình trong khu vực mới của quý vị.
 - Hãy báo cho Medicare và Medi-Cal địa chỉ mới của quý vị khi quý vị chuyển đi. Tham khảo **Chương 2** trong *Cẩm Nang Hội Viên* để biết số điện thoại của Medicare và Medi-Cal.
 - **Nếu quý vị chuyển đi mà vẫn ở trong khu vực phục vụ của chúng tôi, chúng tôi vẫn cần được thông báo.** Chúng tôi cần phải cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị và biết cách liên lạc với quý vị.
- **Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị có số điện thoại mới hoặc cách tốt hơn để liên hệ với quý vị.**
- **Gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị hoặc Dịch vụ Khách hàng để được trợ giúp nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại.**

Chương 9. Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo và khiếu nại)

Giới thiệu

Chương này có thông tin về các quyền của quý vị. Hãy đọc chương này để biết cần làm gì nếu:

- Quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại về chương trình của mình.
- Quý vị cần có dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc mà chương trình cho biết sẽ không bảo hiểm.
- Quý vị không đồng ý với quyết định được chương trình đưa ra về dịch vụ chăm sóc cho quý vị.
- Quý vị cho rằng các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị kết thúc quá sớm.
- Quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại về các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của quý vị, bao gồm Dịch vụ dành cho người lớn tại cộng đồng (CBAS) và Cơ sở điều dưỡng (NF).

Chương này được chia làm các mục khác nhau để giúp quý vị dễ dàng tìm thông tin mà quý vị quan tâm. **Nếu quý vị gặp phải một vấn đề hoặc lo ngại nào đó, quý vị chỉ cần đọc các phần áp dụng cho trường hợp của quý vị trong chương này.**

Quý vị cần nhận dịch vụ y tế, thuốc, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn được bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ khác xác định là cần thiết để chăm sóc cho quý vị trong kế hoạch chăm sóc của quý vị. **Nếu quý vị đang gặp vấn đề với dịch vụ chăm sóc của mình, quý vị có thể gọi cho Chương trình Thanh tra Bảo vệ Quyền lợi Hội viên của Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077 để được giúp đỡ.** Chương này sẽ giải thích các lựa chọn khác nhau mà quý vị có dành cho các vấn đề và khiếu nại khác nhau, nhưng quý vị luôn có thể gọi cho Chương trình Thanh tra Bảo vệ Quyền lợi Hội viên để giúp hướng dẫn quý vị xử lý vấn đề của mình. Để biết thêm các nguồn lực nhằm giải quyết mỗi lo ngại của quý vị và cách liên hệ với họ, hãy tham khảo **Chương 2** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

Mục lục

A. Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có lo ngại.....	213
A1. Về các thuật ngữ pháp lý.....	213
B. Nơi nhận trợ giúp	213
B1. Để biết thêm thông tin và nhận trợ giúp.....	213

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



C. Hiểu các khiếu nại và kháng cáo về Medicare và Medi-Cal trong chương trình của chúng tôi.....	215
D. Quý vị gặp vấn đề về các quyền lợi của mình	215
E. Quyết định bảo hiểm và kháng cáo.....	216
E1. Quyết định bảo hiểm.....	216
E2. Kháng cáo.....	217
E3. Trợ giúp về quyết định bảo hiểm và kháng cáo.....	217
E4. Phần nào trong chương này sẽ trợ giúp cho quý vị.....	218
F. Dịch vụ chăm sóc y tế	219
F1. Sử dụng phần này	219
F2. Yêu cầu quyết định bảo hiểm.....	220
F3. Kháng cáo cấp 1	222
F4. Kháng cáo cấp 2	226
F5. Các vấn đề về thanh toán	233
G. Thuốc theo toa Medicare Phần B.....	234
G1. Quyết định bảo hiểm và kháng cáo Medicare Phần D	235
G2. Các trường hợp ngoại lệ của Medicare Phần D.....	236
G3. Những điều quan trọng cần biết về yêu cầu trường hợp ngoại lệ.....	237
G4. Cách yêu cầu ra quyết định bảo hiểm, gồm cả trường hợp ngoại lệ	238
G5. Kháng cáo cấp 1.....	241
G6. Kháng cáo cấp 2.....	244
H. Yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thời gian nằm viện lâu hơn	246
H1. Tìm hiểu về các quyền Medicare của quý vị.....	246
H2. Kháng cáo cấp 1.....	247
H3. Kháng cáo cấp 2.....	250



I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục bảo hiểm một số dịch vụ y tế	251
I1. Thông báo trước trước khi bảo hiểm của quý vị kết thúc	251
I2. Kháng cáo cấp 1	251
I3. Kháng cáo cấp 2	253
J. Chuyển kháng cáo của quý vị lên cấp cao hơn Cấp 2	254
J1. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và vật dụng của Medicare	254
J2. Kháng cáo Medi-Cal bổ sung	256
J3. Kháng cáo cấp 3, 4 và 5 đối với yêu cầu thuốc Medicare Phần D	257
K. Cách tiến hành khiếu nại	258
K1. Nên khiếu nại về các loại vấn đề nào?	258
K2. Khiếu nại nội bộ	260
K3. Khiếu nại bên ngoài	262



A. Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có lo ngại

Chương này giải thích cách giải quyết các vấn đề và lo ngại. Quy trình quý vị sử dụng phụ thuộc vào loại vấn đề quý vị gặp phải. Sử dụng một quy trình để **đưa ra các quyết định bảo hiểm và kháng cáo** và một quy trình khác để **khiếu nại**; còn gọi là than phiền.

Để đảm bảo tính công bằng và nhanh chóng, mỗi quy trình đều có một bộ quy tắc, thủ tục và thời hạn mà chúng tôi và quý vị phải tuân theo.

A1. Về các thuật ngữ pháp lý

Có các thuật ngữ pháp lý trong chương này đối với một số quy tắc và thời hạn. Nhiều thuật ngữ trong số này khó hiểu, bởi vậy chúng tôi đã sử dụng các từ ngữ đơn giản hơn thay cho một số thuật ngữ pháp lý. Chúng tôi sử dụng chữ từ tắt ít nhất có thể.

Ví dụ, chúng tôi nói:

- “Đưa ra khiếu nại” thay vì “nộp đơn than phiền”
- “Quyết định bảo hiểm” thay vì “quyết định của tổ chức”, “xác định quyền lợi”, “xác định rủi ro” hoặc “xác định quyền lợi bảo hiểm”
- “Quyết định bảo hiểm nhanh” thay vì “sự xác định khẩn cấp”
- “Tổ chức Xem xét Độc lập” (IRO) thay vì “Đơn vị Xem xét Độc lập” (IRE)

Nếu biết các thuật ngữ pháp lý chính xác, quý vị sẽ có thể truyền đạt thông tin rõ ràng hơn, vì vậy chúng tôi cũng cung cấp những thuật ngữ đó.

B. Nơi nhận trợ giúp

B1. Để biết thêm thông tin và nhận trợ giúp

Đôi khi thật khó hiểu khi bắt đầu hoặc làm theo quy trình giải quyết vấn đề. Điều này có thể đặc biệt đúng khi quý vị cảm thấy không khỏe hoặc thiếu sinh lực. Trong trường hợp khác, quý vị có thể không có thông tin cần thiết để thực hiện bước tiếp theo.

Nhận trợ giúp từ Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn về Bảo hiểm Sức khỏe

Quý vị cũng có thể gọi cho Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn về Bảo hiểm Sức khỏe (HICAP). Các cố vấn của HICAP có thể trả lời thắc mắc của quý vị và giúp quý vị hiểu việc cần làm để giải quyết vấn đề của quý vị. HICAP không liên kết với chúng tôi hoặc bất kỳ với công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. HICAP có các cố vấn đã được đào tạo ở mỗi quận và dịch vụ này miễn phí. Số điện thoại của HICAP là 1-800-434-0222

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Trợ giúp từ Chương trình Thanh tra Bảo vệ Quyền lợi Hội viên Medi-Cal của Medicare

Quý vị có thể gọi đến Chương trình Thanh tra Bảo vệ Quyền lợi Hội viên Medi-Cal của Medicare và trao đổi với người hỗ trợ bảo vệ quyền lợi về các thắc mắc về bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Họ cung cấp trợ giúp pháp lý miễn phí. Chương trình Thanh tra Bảo vệ Quyền lợi Hội viên không liên kết với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào. Số điện thoại của họ là 1-855-501-3077 và trang web của họ là www.healthconsumer.org.

Trợ giúp và thông tin từ Medicare

Để biết thêm thông tin và nhận trợ giúp, quý vị có thể liên hệ với Medicare. Sau đây là hai cách để nhận trợ giúp từ Medicare:

- Gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Truy cập trang web của Medicare (www.medicare.gov).

Trợ giúp và thông tin từ Medi-Cal

Trợ giúp từ Ban Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California.

Thanh tra Bảo vệ Quyền lợi Hội viên Quản Lý Chăm sóc Medi-Cal của Ban Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe (DHCS) California có thể trợ giúp. Chương trình có thể giúp đỡ nếu quý vị gặp vấn đề khi tham gia, thay đổi hoặc rời khỏi chương trình bảo hiểm sức khỏe. Chương trình cũng có thể giúp đỡ nếu quý vị chuyển nhà và gặp khó khăn trong việc chuyển Medi-Cal sang quận mới của quý vị. Quý vị có thể gọi cho Thanh tra Bảo vệ Quyền lợi Hội viên từ thứ Hai đến hết thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo số 1-888-452-8609.

Trợ giúp từ Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe California

Liên hệ với Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe California (DMHC) để được trợ giúp miễn phí. DMHC có trách nhiệm kiểm soát các chương trình bảo hiểm sức khỏe. DMHC giúp những người kháng cáo về các dịch vụ Medi-Cal hoặc gặp phải các vấn đề về hóa đơn. Số điện thoại là **1-888-466-2219**. Những người bị điếc, lảng tai hoặc khiếm ngôn có thể sử dụng số điện thoại TDD miễn phí, **1-877-688-9891**. Quý vị cũng có thể truy cập trang web của DMHC tại www.dmhc.ca.gov. Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe California có trách nhiệm điều chỉnh các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại về chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, trước tiên quý vị nên gọi cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình theo số **1-800-452-4413 (TTY: 711)** và áp dụng thủ tục khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trước khi liên lạc với bộ. Việc sử dụng thủ tục khiếu nại này không ngăn cản bất kỳ quyền lợi hợp pháp hoặc biện pháp khắc phục tiềm năng nào có thể có dành cho quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ để giải quyết khiếu nại liên quan tới một trường hợp cấp cứu, khiếu nại chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc khiếu nại đã quá 30 ngày mà vẫn không được giải quyết, quý vị có thể gọi cho bộ để được

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



giúp đỡ. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện để được Duyệt xét y tế độc lập (IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện cho IMR, thủ tục IMR sẽ đưa ra duyệt xét khách quan về các quyết định y tế của chương trình bảo hiểm sức khỏe liên quan tới sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc biện pháp điều trị đã được đề xuất, các quyết định bảo hiểm cho các điều trị mang tính nghiên cứu hoặc thử nghiệm và các tranh chấp về việc thanh toán cho các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Bộ cũng có một số điện thoại miễn phí **(1-888-466-2219)** và một đường dây TDD **(1-877-688-9891)** dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web của Bộ **www.dmhca.gov** có các mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.

C. Hiểu các khiếu nại và kháng cáo về 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 chăm sóc có quản lý của Medicare và Medi-Cal. Điều này đôi khi được gọi là “quy trình tích hợp” vì quy trình kết hợp hoặc tích hợp các quy trình của Medicare và Medi-Cal.

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

D. Quý vị gặp vấn đề về các quyền lợi của mình

Nếu quý vị gặp phải một vấn đề hoặc mối lo ngại nào đó, quý vị chỉ cần đọc các phần áp dụng cho trường hợp của quý vị trong chương này. Bảng bên dưới sẽ giúp quý vị tìm đúng mục trong chương này dành cho các vấn đề hoặc khiếu nại.



Có phải quý vị gặp vấn đề hoặc có lo ngại về quyền lợi hoặc bảo hiểm của mình hay không?

Điều này bao gồm các vấn đề về việc liệu dịch vụ chăm sóc y tế cụ thể (các vật dụng, dịch vụ và/hoặc thuốc theo toa Phần B) có được bảo hiểm không, cách chúng được bảo hiểm và các vấn đề về việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế.

Có. Vấn đề của tôi là về quyền lợi hoặc bảo hiểm.	Không. Vấn đề của tôi không phải là về quyền lợi hoặc bảo hiểm.
Tham khảo Phần E , “Quyết định bảo hiểm và kháng cáo.”	Tham khảo Phần K , “Cách khiếu nại.”

E. Quyết định bảo hiểm và kháng cáo

Quy trình yêu cầu quyết định bảo hiểm và kháng cáo giải quyết các vấn đề liên quan đến quyền lợi và bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị (dịch vụ, vật dụng và thuốc theo toa Phần B, bao gồm thanh toán). Để mọi thứ đơn giản, chúng tôi thường gọi các vật dụng, dịch vụ y tế và thuốc theo toa Phần B là **dịch vụ chăm sóc y tế**.

E1. Quyết định bảo hiểm

Quyết định bảo hiểm là quyết định chúng tôi đưa ra về quyền lợi và bảo hiểm hoặc về số tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ y tế hoặc thuốc của quý vị. Ví dụ: bác sĩ trong hệ thống chương trình của quý vị đưa ra quyết định bảo hiểm (có lợi) cho quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc y tế từ họ (tham khảo **Chương 4, Phần G** trong *Cẩm Nang Hội Viên*).

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

Chúng tôi ra quyết định bảo hiểm bất kỳ khi nào chúng tôi quyết định những gì được bảo hiểm cho quý vị và số tiền chúng tôi phải trả. Trong một số trường hợp chúng tôi có thể ra quyết định về dịch vụ hoặc thuốc không được Medicare hoặc Medi-Cal bảo hiểm hoặc không còn được bảo hiểm cho quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm của chúng tôi, quý vị có thể tiến hành kháng cáo.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



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 “kháng cáo” quyết định. Kháng cáo là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét lại và thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra.

Khi quý vị kháng cáo quyết định lần đầu tiên, đây được gọi là Kháng cáo cấp 1. Trong đơn kháng cáo này, chúng tôi xem xét quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân thủ đúng tất cả các quy tắc hay không. Kháng cáo của quý vị được xử lý bởi những người xem xét khác không phải những người đưa ra quyết định không có lợi lúc ban đầu.

Trong đa số trường hợp, quý vị phải bắt đầu kháng cáo ở Cấp 1. Nếu vấn đề sức khỏe của quý vị là khẩn cấp hoặc liên quan đến mối đe dọa nghiêm trọng và ngay lập tức đối với sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị bị đau nặng và cần quyết định ngay lập tức, quý vị có thể yêu cầu Duyệt xét y tế IMR từ Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe tại www.dmhc.ca.gov. Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin.

Khi chúng tôi đã hoàn thành việc xem xét, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị quyết định của chúng tôi. Trong những trường hợp nhất định, được giải thích sau trong chương này tại Phần F2, quý vị có thể yêu cầu một “quyết định bảo hiểm nhanh” hoặc “kháng cáo nhanh” về một quyết định bảo hiểm.

Nếu chúng tôi trả lời **Từ chối** một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế Medicare, lá thư sẽ thông báo cho quý vị biết chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến Tổ chức Xem xét Độc lập (IRO) để Kháng cáo cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare Phần D hoặc Medicaid, lá thư sẽ thông báo cho quý vị về cách tự nộp Kháng cáo cấp 2. Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin về Kháng cáo cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng được cả Medicare và Medicaid bảo hiểm, thư sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về cả hai loại Khiếu nại cấp 2.

Nếu quý vị không hài lòng với quyết định của Kháng cáo cấp 2, quý vị có thể đi qua các cấp kháng cáo bổ sung.

E3. Trợ giúp về quyết định bảo hiểm và kháng cáo

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

- **Dịch vụ Khách hàng** theo số ở cuối trang.
- **Chương trình Thanh tra Bảo vệ Quyền lợi Hội viên Medicare Medi-Cal** theo số 1-855-501-3077.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

- **Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn về Bảo hiểm Sức khỏe (HICAP)** theo số 1-800-434-0222.
- **Trung tâm Trợ giúp tại Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe (DMHC)** để được trợ giúp miễn phí. DMHC có trách nhiệm kiểm soát các chương trình bảo hiểm sức khỏe. DMHC giúp những người kháng cáo về các dịch vụ Medi-Cal hoặc gặp phải các vấn đề về hóa đơn. Số điện thoại là 1-888-466-2219. Những người bị điếc, lăng tai hoặc khiếm ngôn có thể sử dụng số điện thoại TDD miễn phí, 1-877-688-9891. Quý vị cũng có thể truy cập trang web của DMHC tại www.dmhc.ca.gov.
- **Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác.** Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo.
- **Một người bạn hoặc thành viên gia đình.** Quý vị có thể chỉ định một người khác hành động thay cho quý vị với vai trò là “người đại diện” của quý vị và yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo.
- **Luật sư.** Quý vị có quyền có luật sư, nhưng **quý vị không bắt buộc phải có luật sư** để yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo.
 - Quý vị có thể gọi cho luật sư riêng hoặc lấy tên luật sư từ hội luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Một số nhóm pháp lý sẽ cung cấp dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện.
 - Yêu cầu luật sư trợ giúp pháp lý từ Chương trình Thanh tra Bảo vệ Quyền lợi Hội viên Medicare Medi-Cal theo số 1-855-501-3077.

Điền vào mẫu đơn Chỉ định Người đại diện nếu quý vị muốn một luật sư hoặc người khác làm người đại diện cho quý vị. Mẫu đơn này cho phép một người hành động thay quý vị.

Gọi đến bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số điện thoại ở cuối trang và yêu cầu mẫu đơn “Chỉ định Người đại diện”. Quý vị cũng có thể lấy mẫu đơn bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. **Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi bản sao mẫu đơn đã ký.**

E4. Phần nào trong chương này sẽ trợ giúp cho quý vị

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

- **Phần F, “Dịch vụ chăm sóc y tế”**



- **Phần G**, “Thuốc theo toa Medicare Phần D”
- **Phần H**, “Yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thời gian nằm viện lâu hơn”
- **Phần I**, “Yêu cầu chúng tôi tiếp tục bảo hiểm cho một số dịch vụ y tế nhất định”
(Phần này chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau: dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, và dịch vụ tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF))

Nếu quý vị không chắc chắn nên sử dụng phần nào, hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số ở cuối trang. Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp hoặc nhận thông tin từ các tổ chức chính phủ như Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Sức khỏe Tiểu bang của quý vị. Tham khảo **Chương 2, Phần C** để biết thêm thông tin.

F. Dịch vụ chăm sóc y tế

Phần này trình bày việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề khi nhận bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí mà chúng tôi cần trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị

Phần này trình bày về quyền lợi chăm sóc y tế của quý vị được mô tả trong **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên*. Trong một số trường hợp, các quy tắc khác có thể áp dụng cho thuốc theo toa Medicare Phần B. Khi đó, chúng tôi sẽ giải thích các quy tắc dành cho thuốc theo toa của Medicare Phần B khác với các quy tắc dành cho các dịch vụ y tế và vật dụng như thế nào.

F1. Sử dụng phần này

Phần này giải thích những gì quý vị có thể làm trong bất kỳ tình huống nào sau đây:

1. Quý vị cho rằng chúng tôi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cần nhưng hiện không nhận được.

Điều quý vị có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm cho quý vị. Tham khảo **Phần F2**.

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

Điều quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Tham khảo **Phần F3**.

3. Quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ chúng tôi bảo hiểm nhưng chúng tôi sẽ không thanh toán.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



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

4. Quý vị đã nhận và thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nghĩ chúng tôi sẽ chi trả và quý vị muốn chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị.

Điều quý vị có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bồi hoàn. Tham khảo **Phần F5**.

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

Điều quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi về việc giảm hoặc ngừng dịch vụ chăm sóc y tế. Tham khảo **Phần F4**.

- Nếu bảo hiểm dành cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ tại Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF), các quy tắc đặc biệt sẽ được áp dụng. Tham khảo **Phần H** hoặc **Phần I** để tìm hiểu thêm.
 - Đối với tất cả các tình huống khác liên quan đến việc giảm hoặc ngừng bảo hiểm cho một số dịch vụ chăm sóc y tế nhất định, hãy sử dụng phần này (**Phần F**) làm hướng dẫn cho quý vị.
6. Quý vị đang gặp phải sự chậm trễ trong việc chăm sóc hoặc quý vị không thể tìm được bác sĩ.

Điều quý vị có thể làm: Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Tham khảo **Phần K2**.

F2. Yêu cầu quyết định bảo hiểm

Khi quyết định bảo hiểm có liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, quyết định đó được gọi là “**quyết định hợp nhất của tổ chức**”.

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

- gọi điện thoại: (800) 452-4413, TTY: 711.
- gửi fax: (877) 251-6671.
- viết thư đến: Blue Shield TotalDual Plan
P.O. Box 927
Woodland Hills, CA 91365-9856

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn

Khi chúng tôi đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn “tiêu chuẩn” trừ khi chúng tôi đã đồng ý sử dụng thời hạn “nhanh”. Một quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn có nghĩa là chúng tôi cung cấp cho quý vị câu trả lời về:

- Một dịch vụ y tế hoặc vật dụng trong vòng 14 ngày sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Đối với các chương trình Knox-Keene, trong vòng 5 ngày làm việc và không muộn hơn 14 ngày sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Thuốc theo toa Medicare Phần B trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

Quyết định bảo hiểm nhanh

Thuật ngữ pháp lý cho “quyết định bảo hiểm nhanh” là “**sự xác định cấp tốc.**”

Khi quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị và sức khỏe của quý vị cần được phản hồi nhanh chóng, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra “quyết định bảo hiểm nhanh”. Quyết định bảo hiểm nhanh nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị về:

- Dịch vụ y tế hoặc vật dụng trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu phản hồi nhanh hơn.
- Thuốc theo toa Medicare Phần B trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

Để nhận được quyết định bảo hiểm nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị đang yêu cầu bảo hiểm cho các vật dụng và/hoặc dịch vụ y tế mà quý vị **không nhận được**. Quý vị không thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh về khoản thanh toán cho các vật dụng hoặc dịch vụ mà quý vị đã nhận được.
- Sử dụng thời hạn tiêu chuẩn **có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị** hoặc làm tổn thương khả năng hoạt động của quý vị.

Chúng tôi tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết sức khỏe của quý vị cần điều đó. Nếu quý vị yêu cầu mà không có sự ủng hộ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có nhận được quyết định bảo hiểm nhanh hay không.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để nhận quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị nói rõ điều đó và thay vào đó chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn. Bức thư cho quý vị biết:
 - Chúng tôi tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu việc này.
 - Cách quý vị nộp đơn “khiếu nại nhanh” về quyết định của chúng tôi để cấp cho quý vị quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định bảo hiểm nhanh. Để biết thêm thông tin về việc khiếu nại, bao gồm khiếu nại nhanh, hãy tham khảo **Phần K**.

Nếu chúng tôi trả lời Từ chối một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị giải thích lý do tại sao.

- Nếu chúng tôi **Từ chối**, quý vị có quyền kháng cáo. Kháng cáo là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định của chúng tôi và thay đổi quyết định nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã làm sai.
- Nếu quý vị quyết định kháng cáo, quý vị sẽ chuyển sang Cấp độ 1 của quy trình kháng cáo (tham khảo **Phần F3**).

Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi có thể bác bỏ yêu cầu của quý vị về quyết định bảo hiểm, có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Ví dụ về yêu cầu sẽ bị bác bỏ bao gồm:

- yêu cầu không đầy đủ,
- một người thực hiện yêu cầu thay mặt quý vị nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm như vậy, **hoặc**
- quý vị yêu cầu rút lại yêu cầu của mình.

Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu về quyết định bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét lại việc bác bỏ. Việc xem xét này được gọi là kháng cáo. Kháng cáo sẽ được thảo luận trong phần tiếp theo.

F3. Kháng cáo cấp 1

Để bắt đầu kháng cáo, quý vị, bác sĩ hoặc người đại diện của quý vị phải liên lạc với chúng tôi. Hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711).

Yêu cầu kháng cáo tiêu chuẩn hoặc kháng cáo nhanh bằng cách gửi thư hoặc gọi cho chúng tôi theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711).

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Nếu bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác yêu cầu tiếp tục một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị vẫn đang nhận được trong quá trình kháng cáo, quý vị có thể cần chỉ định họ là người đại diện để hành động thay mặt quý vị.
- Nếu một người không phải là bác sĩ của quý vị kháng cáo cho quý vị, hãy gửi kèm theo mẫu Chỉ định Người đại diện ủy quyền cho người này đại diện cho quý vị. Quý vị có thể lấy mẫu đơn bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
- Tuy chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu kháng cáo mà không cần mẫu này, nhưng chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn thành việc xem xét cho đến khi nhận được mẫu đó. Nếu chúng tôi không nhận được biểu mẫu trước thời hạn đưa ra quyết định về kháng cáo của quý vị:
 - Chúng tôi bác bỏ yêu cầu của quý vị và
 - Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích quý vị có quyền yêu cầu IRO xem xét quyết định của chúng tôi về việc bác bỏ kháng cáo của quý vị.
- Quý vị phải yêu cầu kháng cáo trong vòng 65 ngày theo lịch kể từ ngày trên thư chúng tôi đã gửi để thông báo với quý vị về quyết định của chúng tôi.
- Nếu quý vị trễ thời hạn này và có lý do chính đáng cho việc chậm trễ này, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng cáo. Ví dụ về những lý do chính đáng như quý vị bị ốm nặng hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn yêu cầu kháng cáo. Giải thích lý do tại sao kháng cáo của quý vị bị trễ khi quý vị gửi kháng cáo.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi một bản sao miễn phí các thông tin về kháng cáo của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể cung cấp thêm thông tin cho chúng tôi để ủng hộ đơn kháng cáo của quý vị.

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu kháng cáo nhanh.

Thuật ngữ pháp lý cho “kháng cáo nhanh” là “**sự xem xét lại khẩn.**”

- Nếu quý vị kháng cáo quyết định mà chúng tôi đưa ra về bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị không nhận được, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị sẽ quyết định xem quý vị có cần kháng cáo nhanh hay không.

Chúng tôi tự động đưa ra kháng cáo nhanh cho quý vị nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết sức khỏe của quý vị cần điều đó. Nếu quý vị yêu cầu mà không có sự ủng hộ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có nhận được kháng cáo nhanh hay không.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để kháng cáo nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho biết như vậy và thay vào đó chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn. Bức thư cho quý vị biết:
 - Chúng tôi tự động gửi cho quý vị kháng cáo nhanh nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu.
 - Cách quý vị có thể nộp đơn “khiếu nại nhanh” về quyết định của chúng tôi cấp cho quý vị kháng cáo tiêu chuẩn thay vì kháng cáo nhanh. Để biết thêm thông tin về việc khiếu nại, bao gồm khiếu nại nhanh, hãy tham khảo **Phần K**.

Nếu chúng tôi thông báo với quý vị rằng chúng tôi sẽ ngừng hoặc giảm các dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã nhận, thì quý vị có thể tiếp tục các dịch vụ hoặc vật phẩm đó trong quá trình kháng cáo.

- Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc ngừng bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị nhận được, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo trước khi 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 dịch vụ hoặc vật dụng đó nếu quý vị yêu cầu Kháng cáo cấp 1 trong vòng 10 ngày kể từ ngày trên lá thư của chúng tôi hoặc ngày hiệu lực dự kiến của hành động này, tùy theo thời điểm nào đến sau.
 - Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này, quý vị sẽ nhận được dịch vụ hoặc vật phẩm mà không có thay đổi nào trong khi kháng cáo Cấp 1 của quý vị đang chờ xử lý.
 - Quý vị cũng sẽ nhận được tất cả các dịch vụ hoặc vật dụng khác (không phải là đối tượng kháng cáo của quý vị) mà không có thay đổi nào.
 - Nếu quý vị không kháng cáo trước những ngày này thì dịch vụ hoặc vật dụng của quý vị sẽ không được tiếp tục trong khi quý vị chờ quyết định kháng cáo.

Chúng tôi xem xét kháng cáo của quý vị và trả lời quý vị.

- Khi chương trình của chúng tôi đang xem xét kháng cáo của quý vị, chúng tôi cũng sẽ xem xét kỹ tất cả các thông tin về yêu cầu bảo hiểm dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị.
- Chúng tôi kiểm tra để xem chúng tôi có đang tuân thủ tất cả các quy tắc khi chúng tôi **Từ chối** yêu cầu của quý vị hay không.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Chúng tôi sẽ thu thập thêm thông tin nếu cần. Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị để có thêm thông tin.

Thời hạn kháng cáo nhanh

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi sẽ trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị hoặc sớm hơn, nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần trả lời nhanh hơn**. Chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu điều đó.
 - Nếu chúng tôi không trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. IRO sau đó sẽ xem xét yêu cầu này. Trong đoạn sau của chương này, chúng tôi trình bày về tổ chức này và giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng của Medi-Cal, quý vị có thể nộp kháng cáo Cấp 2 - Điều trần cấp tiểu bang với tiểu bang đó ngay khi đến hạn. Tại California, Điều trần cấp tiểu bang được gọi là Điều trần cấp tiểu bang. Để nộp đơn yêu cầu Điều trần cấp tiểu bang, hãy tham khảo Phần F4, nếu có.
- **Nếu chúng tôi Đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi phải chấp thuận hoặc cung cấp bảo hiểm chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi nhận được kháng cáo của quý vị hoặc sớm hơn nếu tình hình sức khỏe của quý vị cần điều này.
- **Nếu chúng tôi Từ chối một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi sẽ gửi kháng cáo của quý vị tới IRO để Kháng cáo cấp 2.

Thời hạn kháng cáo tiêu chuẩn.

- Khi chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 30 ngày** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo về bảo hiểm cho các dịch vụ mà 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** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị hoặc sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần điều này.
 - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trước thời hạn, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. IRO sau đó sẽ xem xét yêu cầu này. Trong đoạn sau của chương này, chúng tôi trình bày về tổ chức này và giải thích về quy trình kháng cáo Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng của Medi-Cal, quý vị có thể nộp kháng cáo Cấp 2 - Điều trần cấp tiểu bang với tiểu bang đó ngay khi đến hạn. Tại California, Điều trần cấp tiểu bang được gọi là Điều trần cấp tiểu bang. Để nộp đơn yêu cầu Điều trần cấp tiểu bang, hãy tham khảo Phần F4 .

Nếu chúng tôi Đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải chấp thuận hoặc cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 30 ngày kể từ ngày chúng tôi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị hoặc nhanh hơn do tình trạng sức khỏe của quý vị cần điều này và trong vòng 72 giờ kể từ ngày chúng tôi thay đổi quyết định của mình hoặc trong vòng 7 ngày kể từ ngày chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B.

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, **quý vị có thêm quyền kháng cáo**:

- Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc tất cả những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị.
- Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare, lá thư sẽ thông báo cho quý vị biết chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến IRO cho Kháng cáo cấp 2.
- Nếu vấn đề của quý vị là về bảo hiểm cho một dịch vụ hoặc vật dụng của Medi-Cal, lá thư sẽ thông báo cho quý vị về cách tự nộp Kháng cáo cấp 2.

F4. Kháng cáo cấp 2

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc tất cả Kháng cáo cấp 1 của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Thư này cho quý vị biết nếu Medicare, Medi-Cal hoặc cả hai chương trình thường bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật dụng đó.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật dụng mà **Medicare** thường bảo hiểm, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo ngay sau khi quy trình Kháng cáo cấp 1 hoàn thành.
- Nếu vấn đề của quý vị là về một dịch vụ hoặc vật dụng mà **Medi-Cal** thường bảo hiểm, quý vị có thể tự nộp Kháng cáo cấp 2. Trong thư sẽ cho quý vị biết cách thực hiện việc này. Chúng tôi cũng cung cấp thêm thông tin ở phần sau của chương này.
- Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ hoặc vật dụng mà **cả Medicare và Medi-Cal** có thể bảo hiểm, quý vị sẽ tự động có được Kháng cáo cấp 2 với IRO. Ngoài Kháng cáo cấp 2 tự động, quý vị cũng có thể yêu cầu Điều trần cấp tiểu bang và Duyệt xét y tế độc lập với tiểu bang. Tuy nhiên, sẽ không có Duyệt xét y tế độc lập nếu quý vị đã đưa ra bằng chứng trong phiên Điều trần cấp tiểu bang.

Nếu quý vị đủ điều kiện để tiếp tục nhận quyền lợi khi nộp đơn Kháng cáo cấp 1 thì các quyền lợi của quý vị cho dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc đang được kháng cáo cũng có thể tiếp tục trong Cấp 2. Tham khảo **Phần F3** để biết thông tin về việc tiếp tục hưởng quyền lợi của quý vị trong thời gian Kháng cáo cấp 1.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ chỉ được Medicare bảo hiểm, các quyền lợi của quý vị cho dịch vụ đó sẽ không tiếp tục trong suốt quy trình kháng cáo Cấp 2 với IRO.
- Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ thường chỉ được Medi-Cal bảo hiểm, quyền lợi của quý vị cho dịch vụ đó sẽ tiếp tục nếu quý vị gửi Kháng cáo cấp 2 trong vòng 10 ngày theo lịch sau khi nhận được thư quyết định của chúng tôi.

Khi vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ hoặc vật dụng mà Medicare thường bảo hiểm

IRO xem xét kháng cáo của quý vị. Đó là một tổ chức độc lập được Medicare thuê.

Tên chính thức của "Tổ chức Xem xét Độc lập" là "**Đơn vị Xem xét Độc lập**", đôi khi được gọi là "**IRE**".

- Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Medicare đã chọn công ty làm IRO và Medicare giám sát công việc của họ.
- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng cáo của quý vị ("hồ sơ trường hợp" của quý vị) cho tổ chức này. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp miễn phí một bản hồ sơ trường hợp của quý vị.
- Quý vị có quyền cung cấp cho IRO thông tin thêm để ủng hộ cho kháng cáo của mình.
- Những người xem xét tại IRO sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị có kháng cáo nhanh ở Cấp 1 thì quý vị cũng sẽ có kháng cáo nhanh ở Cấp 2.

- Nếu quý vị có kháng cáo nhanh ở Cấp 1 thì quý vị tự động cũng sẽ có kháng cáo nhanh ở Cấp 2. IRO phải cho quý vị một câu trả lời cho Kháng cáo cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị có kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 1 thì quý vị cũng sẽ có kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 2.

- Nếu quý vị có kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 1 thì quý vị tự động cũng sẽ có kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 2. Nếu quý vị yêu cầu một vật dụng hoặc dịch vụ y tế, IRO phải trả lời cho Kháng cáo cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày** sau khi nhận được kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Nếu quý vị yêu cầu thuốc theo toa Medicare Phần B, IRO phải trả lời Kháng cáo cấp 2 cho quý vị **trong vòng 7 ngày** sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

Nếu IRO trả lời quý vị bằng văn bản và giải thích lý do.

- **Nếu IRO đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về vật dụng hoặc dịch vụ y tế**, chúng tôi phải nhanh chóng thực hiện quyết định:
 - Chấp thuận bảo hiểm chăm sóc y tế **trong vòng 72 giờ, hoặc**
 - Cung cấp dịch vụ trong vòng **5 ngày làm việc** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO 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 IRO đối với **yêu cầu khẩn.**
- **Nếu IRO Đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về thuốc theo toa Medicare Phần B**, chúng tôi phải chấp thuận hoặc cung cấp thuốc theo toa Medicare Phần B đang bị tranh chấp:
 - **Trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn, hoặc**
 - **Trong vòng 24 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **các yêu cầu khẩn.**
- **Nếu IRO Từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo 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 của quý vị) về bảo hiểm chăm sóc y tế. Đây được gọi là “giữ nguyên quyết định” hoặc “bác bỏ kháng cáo của quý vị”.
 - Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng các yêu cầu, quý vị quyết định liệu quý vị có muốn thực hiện kháng cáo khác nữa không.
 - Có thêm ba cấp khác trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2, tổng cộng là năm cấp kháng cáo.
 - Nếu Kháng cáo cấp 2 của quý vị bị bác bỏ và quý vị đáp ứng các yêu cầu để tiếp tục quy trình kháng cáo, quý vị phải quyết định xem quý vị có muốn tiếp tục lên Cấp 3 và làm đơn kháng cáo thứ ba hay không. Chi tiết về cách thức thực hiện việc này có trong văn bản thông báo quý vị nhận được sau Kháng cáo cấp 2 của quý vị.

- Thẩm phán Luật Hành chính (ALJ) hoặc thẩm phán được ủy quyền sẽ xử lý Kháng cáo cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thêm thông tin về Kháng cáo cấp 3, 4 và 5.

Khi vấn đề của quý vị liên quan đến một dịch vụ hoặc vật dụng mà Medi-Cal thường bảo hiểm

Có hai cách để tiến hành Kháng cáo cấp 2 đối với các dịch vụ và vật dụng của Medi-Cal: (1) Nộp đơn khiếu nại hoặc Duyệt xét y tế độc lập hoặc (2) Điều trần cấp tiểu bang.

1) Duyệt xét y tế độc lập (IMR)

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Duyệt xét y tế độc lập (IMR) từ Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe (DMHC) California. Bằng cách nộp đơn khiếu nại, DMHC sẽ xem xét quyết định của chúng tôi và đưa ra quyết định. IMR dành cho bất kỳ dịch vụ hoặc vật dụng nào có tính chất y tế được Medi-Cal bảo hiểm. IMR là việc xem xét trường hợp của quý vị do các bác sĩ không thuộc chương trình của chúng tôi hoặc DMHC thực hiện. Nếu IMR được quyết định có lợi cho quý vị, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc vật dụng quý vị đã yêu cầu. Quý vị không phải chi trả chi phí cho IMR.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc nộp đơn xin IMR nếu chương trình của chúng tôi:

- Từ chối, thay đổi hoặc trì hoãn dịch vụ hoặc điều trị của Medi-Cal vì chương trình của chúng tôi quyết định dịch vụ hoặc điều trị đó không cần thiết về mặt y tế.
- Sẽ không bảo hiểm cho một điều trị Medi-Cal có tính chất nghiên cứu hoặc thí nghiệm cho một tình trạng y tế nghiêm trọng.
- Tranh chấp liệu một dịch vụ hoặc thủ thuật phẫu thuật có tính chất thẩm mỹ hay tái tạo hay không.
- Sẽ không thanh toán cho các dịch vụ Medi-Cal khẩn cấp hoặc cấp cứu mà quý vị đã nhận được.
- Chưa giải quyết Kháng cáo cấp 1 của quý vị về một dịch vụ Medi-Cal trong vòng 30 ngày đối với một kháng cáo tiêu chuẩn hoặc 72 giờ hoặc nhanh hơn nếu sức khỏe của quý vị cần đối với kháng cáo nhanh.

LƯU Ý: Nếu nhà cung cấp dịch vụ của quý vị đã nộp đơn kháng cáo cho quý vị nhưng chúng tôi không nhận được biểu mẫu Chỉ định Người đại diện của quý vị, quý vị sẽ cần phải gửi lại đơn kháng cáo của mình cho chúng tôi trước khi quý vị có thể nộp đơn xin IMR Cấp 2 cho Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe trừ khi kháng cáo của quý vị liên quan đến một mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra đối với sức khỏe của quý vị, bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở cơn đau dữ dội, nguy cơ tử vong, mất chi hoặc chức năng cơ thể chính.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Quý vị có quyền yêu cầu cả IMR và Điều trần cấp tiểu bang, nhưng quý vị không có quyền yêu cầu IMR nếu quý vị đã đưa ra bằng chứng trong Phiên điều trần cấp tiểu bang hoặc đã có phiên Điều trần cấp tiểu bang về cùng một vấn đề.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải nộp đơn kháng cáo lên chúng tôi trước khi yêu cầu IMR. Tham khảo trang 198 để biết thông tin 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 Trung tâm Trợ giúp của DMHC cung cấp IMR.

Nếu điều trị của quý vị bị từ chối vì đó là một điều trị có tính chất nghiên cứu hoặc thí nghiệm, quý vị không phải tham gia vào thủ tục kháng cáo của chúng tôi trước khi quý vị nộp đơn yêu cầu IMR.

Nếu vấn đề của quý vị khẩn cấp hoặc liên quan đến mối đe dọa trực tiếp và nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị bị đau nặng, quý vị có thể thông báo ngay cho DMHC mà không cần thông qua quy trình kháng cáo của chúng tôi trước.

Quý vị phải **nộp đơn yêu cầu IMR trong vòng 6 tháng** sau khi chúng tôi gửi cho quý vị quyết định bằng văn bản về kháng cáo của quý vị. DMHC có thể chấp nhận đơn của quý vị sau thời hạn 6 tháng vì những lý do chính đáng, chẳng hạn như quý vị có tình trạng y tế khiến quý vị không thể yêu cầu IMR trong vòng 6 tháng hoặc quý vị không nhận được thông báo đầy đủ về quy trình IMR.

Cách yêu cầu IMR:

- Điền vào Đơn Duyệt xét y tế độc lập/Đơn Khiếu nại có tại: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx hoặc gọi Trung tâm Trợ giúp của DMHC theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-688-9891.
- Nếu có, quý vị vui lòng đính kèm bản sao thư hoặc các tài liệu khác về dịch vụ hoặc vật dụng mà chúng tôi đã từ chối. Việc này có thể đẩy nhanh thủ tục IMR. Gửi các bản sao tài liệu, không gửi bản gốc. Trung tâm Trợ giúp không thể hoàn trả bất kỳ tài liệu nào.
- Điền vào Đơn Ủy quyền hỗ trợ nếu người nào đó giúp đỡ quý vị về IMR cho quý vị. Quý vị có thể lấy mẫu đơn tại www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx hoặc gọi Trung tâm Trợ giúp của bộ theo số 1-888-466-2219. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-688-9891.



- Gửi thư hoặc fax mẫu đơn của quý vị và bất kỳ tài liệu đính kèm nào đến:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

- Quý vị cũng có thể gửi Đơn đăng ký Duyệt xét y tế độc lập/Đơn khiếu nại và Đơn Ủy quyền hỗ trợ trực tuyến: www.dhmc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn nhận IMR, DMHC sẽ xem xét trường hợp của quý vị và gửi thư cho quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch nhằm thông báo rằng quý vị đủ tiêu chuẩn nhận IMR. Sau khi chương trình của quý vị nhận được tài liệu đăng ký và hỗ trợ 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 ngày nộp đơn đăng ký hoàn chỉnh.

Nếu trường hợp của quý vị là khẩn cấp và quý vị đủ điều kiện nhận IMR, DMHC sẽ xem xét trường hợp của quý vị và gửi thư cho quý vị trong vòng 48 giờ kể từ khi nhận được đơn đăng ký đã hoàn chỉnh cho quý vị biết rằng quý vị đủ điều kiện nhận IMR. Sau khi chương trình của quý vị nhận được đơn đăng ký và tài liệu hỗ trợ của quý vị, quyết định IMR sẽ được đưa ra trong vòng 3 ngày. Quý vị sẽ nhận được quyết định IMR trong vòng 7 ngày kể từ ngày nộp đơn đăng ký hoàn chỉnh. Nếu quý vị không hài lòng với kết quả của IMR, quý vị vẫn có thể yêu cầu một phiên Điều trần cấp tiểu bang.

IMR có thể mất nhiều thời gian hơn nếu DMHC không nhận được tất cả các hồ sơ y tế cần thiết từ quý vị hoặc bác sĩ điều trị của quý vị. Nếu quý vị sử dụng dịch vụ của bác sĩ không thuộc hệ thống của chương trình bảo hiểm y tế của quý vị, thì việc quý vị nhận và gửi cho chúng tôi hồ sơ y tế của quý vị từ bác sĩ đó là rất quan trọng. Chương trình bảo hiểm y tế của quý vị bắt buộc phải lấy bản hồ sơ y tế của quý vị từ các bác sĩ trong hệ thống.

Nếu DMHC quyết định rằng trường hợp của quý vị không đủ điều kiện cho IMR thì DMHC sẽ xem xét trường hợp của quý vị thông qua quy trình khiếu nại tiêu dùng thông thường. Khiếu nại của quý vị sẽ được giải quyết trong vòng 30 ngày kể từ ngày nộp đơn đăng ký đã hoàn chỉnh. Nếu khiếu nại của quý vị là khẩn cấp, khiếu nại sẽ được giải quyết sớm hơn.

(2) Điều trần cấp tiểu bang

Quý vị có thể yêu cầu Điều trần cấp tiểu bang đối với các dịch vụ và vật dụng được Medi-Cal bảo hiểm. Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị yêu cầu một dịch vụ hoặc vật dụng mà chúng tôi sẽ không chấp thuận, hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã có và chúng tôi bác bỏ đơn kháng cáo Cấp 1 của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu Điều trần cấp tiểu bang.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Trong hầu hết các trường hợp, **quý vị có 120 ngày để yêu cầu Điều trần cấp tiểu bang** sau khi thông báo "Thư quyết định kháng cáo" được gửi đến quý vị.

LƯU Ý: Nếu quý vị yêu cầu Điều trần cấp tiểu bang vì chúng tôi đã thông báo với quý vị rằng dịch vụ mà quý vị hiện đang nhận sẽ bị thay đổi hoặc ngừng, **quý vị sẽ có ít ngày hơn để gửi yêu cầu** nếu muốn tiếp tục nhận dịch vụ đó trong khi chờ phiên Điều trần cấp tiểu bang của quý vị. Đọc "Quyền lợi của tôi có được tiếp tục trong thời gian Kháng cáo cấp 2 không" ở trang 201 để biết thêm thông tin.

Có hai cách để yêu cầu phiên Điều trần cấp tiểu bang:

1. Quý vị có thể hoàn thành "Yêu cầu điều trần cấp tiểu bang" ở mặt sau tờ thông báo hành động. Quý vị cần cung cấp tất cả các thông tin được yêu cầu như họ tên đầy đủ, địa chỉ, số điện thoại của quý vị, tên chương trình hoặc quận có hành động chống lại quý vị, (các) chương trình trợ giúp liên quan và lý do giải thích chi tiết tại sao quý vị muốn một phiên điều trần. Sau đó, quý vị có thể nộp yêu cầu của quý vị theo một trong các cách sau:

- Gửi đến phòng phúc lợi của quận theo địa chỉ trên thông báo.
- Gửi đến Ban Dịch vụ Xã hội California:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430

- Gửi đến Ban Điều trần Tiểu bang theo số fax 916-309-3487 hoặc theo số điện thoại miễn phí 1-833-281-0903.

2. Quý vị có thể gọi cho Ban Dịch vụ Xã hội California theo số 1-800-743-8525. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-952-8349. Nếu quý vị quyết định yêu cầu phiên Điều trần cấp tiểu bang qua điện thoại, quý vị nên biết rằng các đường dây điện thoại đều rất bận.

Ban Điều trần tiểu bang sẽ đưa ra quyết định bằng văn bản cho quý vị và giải thích lý do.

- Nếu Ban Điều trần cấp tiểu bang **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về một vật dụng hoặc dịch vụ y tế, thì chúng tôi phải chấp thuận hoặc cung cấp dịch vụ hoặc vật dụng đó **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của họ.
- Nếu Ban Điều trần cấp tiểu bang **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ kháng cáo 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 của quý vị) về bảo hiểm chăm sóc y tế. Đây được gọi là "giữ nguyên quyết định" hoặc "bác bỏ kháng cáo của quý vị".

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Nếu quyết định của IRO hoặc Phiên Điều trần cấp tiểu bang là **Từ chối** tất cả hoặc một phần yêu cầu của quý vị, quý vị có thêm quyền kháng cáo.

Nếu Kháng cáo cấp 2 của quý vị được gửi cho **IRO**, quý vị có thể kháng cáo một lần nữa chỉ khi giá trị tính theo đồng đô la của dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị cần đạt đến số tiền tối thiểu nhất định. ALJ hoặc thẩm phán được ủy quyền sẽ xử lý Kháng cáo cấp 3. **Thư quý vị nhận được từ IRO sẽ giải thích về các quyền kháng cáo bổ sung mà quý vị có thể có.**

Thư quý vị nhận được từ Ban Điều trần cấp tiểu bang mô tả lựa chọn kháng cáo tiếp theo.

Tham khảo **Phần J** để biết thêm thông tin về quyền kháng cáo của quý vị sau Cấp 2.

F5. Các vấn đề về thanh toán

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống của chúng tôi tính phí cho quý vị các dịch vụ và vật dụng được bảo hiểm. Điều này đúng ngay cả khi chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ ít hơn số tiền mà nhà cung cấp dịch vụ tính phí cho dịch vụ hoặc vật dụng được bảo hiểm. Quý vị không bao giờ phải thanh toán số dư của bất kỳ hóa đơn nào.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn nhiều hơn khoản đồng trả cho các dịch vụ và vật dụng được bảo hiểm, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. Quý vị không nên tự thanh toán hóa đơn. Chúng tôi sẽ liên lạc trực tiếp với nhà cung cấp dịch vụ và giải quyết vấn đề này. Nếu quý vị thanh toán hóa đơn, quý vị có thể được hoàn lại tiền từ chương trình của chúng tôi nếu quý vị đã tuân theo các quy tắc để nhận dịch vụ hoặc vật dụng.

Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên*. Chương này mô tả các tình huống khi quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn quý vị nhận được từ nhà cung cấp dịch vụ. Chương này cũng cho quý vị biết cách thức gửi các giấy tờ yêu cầu thanh toán cho chúng tôi.

Nếu quý vị yêu cầu được bồi hoàn, thì tức là quý vị đang yêu cầu quyết định bảo hiểm. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã thanh toán có được bảo hiểm hay không và liệu quý vị có tuân thủ tất cả các quy tắc sử dụng bảo hiểm của mình hay không.

- Nếu dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã thanh toán được bảo hiểm và quý vị đã tuân theo tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị phần chia sẻ chi phí mà chúng tôi cần phải trả cho dịch vụ hoặc vật dụng của quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch nhưng không quá 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Hoặc, nếu quý vị chưa thanh toán các dịch vụ hoặc vật dụng, chúng tôi sẽ gửi thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ. Khi chúng tôi gửi thanh toán, điều này có nghĩa là chúng tôi **Đồng ý** với yêu cầu của quý vị về quyết định bảo hiểm.

- Nếu dịch vụ hoặc vật dụng không được bảo hiểm hoặc quý vị đã không tuân theo tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị cho biết chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ hoặc vật dụng 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**. Thực hiện quy trình kháng cáo mô tả trong **Phần F3**. Khi quý vị làm theo các hướng dẫn sau, hãy lưu ý:

- Nếu quý vị tiến hành kháng cáo để được bồi hoàn, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 30 ngày sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận và đã tự chi trả, quý vị không thể yêu cầu kháng cáo nhanh.

Nếu câu trả lời của chúng tôi cho kháng cáo của quý vị là **Từ chối** và **Medicare** thường bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật dụng đó, chúng tôi sẽ gửi trường hợp của quý vị đến IRO. Chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị nếu điều này xảy ra.

- Nếu IRO đảo ngược quyết định của chúng tôi và cho biết chúng tôi cần thanh toán cho quý vị, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán 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** tại bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng cáo sau Cấp 2, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp dịch vụ trong vòng 60 ngày.
- Nếu IRO **Từ chối** kháng cáo của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận yêu cầu của quý vị. Đây được gọi là “giữ nguyên quyết định” hoặc “bác bỏ kháng cáo của quý vị”. Quý vị sẽ nhận được một lá thư giải thích các quyền kháng cáo bổ sung mà quý vị có thể có. Tham khảo **Phần J** để biết thêm thông tin về các cấp độ kháng cáo bổ sung.

Nếu câu trả lời của chúng tôi cho kháng cáo của quý vị là **Từ chối** và Medi-Cal thường bảo hiểm cho dịch vụ hoặc vật dụng đó, quý vị có thể tự mình nộp đơn Kháng cáo cấp 2. Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin.

G. Thuốc theo toa Medicare Phần B

Quyền lợi của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình chúng tôi bao gồm bảo hiểm cho nhiều loại thuốc theo toa. Hầu hết trong số này là thuốc Medicare Phần D. Có một số loại thuốc Medicare Phần D không được bảo hiểm nhưng Medi-Cal có thể bảo hiểm. **Phần này chỉ áp dụng cho các kháng cáo thuốc Medicare Phần D**. Chúng tôi sẽ nói “thuốc” trong phần còn lại của phần này thay vì lần nào cũng nói “thuốc Medicare Phần D”. Đối với các loại thuốc chỉ được Medi-Cal bảo hiểm, hãy làm theo quy trình trong **Phần E**.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Để được bảo hiểm, thuốc đó phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Điều đó có nghĩa là thuốc được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) phê duyệt hoặc được ủng hộ bởi một số tài liệu tham khảo y tế nhất định. Để biết thêm thông tin về hình thức nào được chấp nhận về mặt y tế, hãy tham khảo **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

G1. Quyết định bảo hiểm và kháng cáo Medicare Phần D

Sau đây là một số ví dụ về quyết định bảo hiểm quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra về thuốc Medicare Phần D:

- Quý vị yêu cầu chúng tôi cấp cho quý vị một trường hợp ngoại lệ, gồm có:
 - Bảo hiểm một loại thuốc Medicare Phần D không có trong Danh sách thuốc của chương trình của chúng tôi hoặc
 - Bỏ qua giới hạn về bảo hiểm của chúng tôi đối với một loại thuốc (chẳng hạn như giới hạn về số lượng quý vị có thể nhận được)
- Quý vị hỏi chúng tôi xem loại thuốc đó có được bảo hiểm cho quý vị hay không (chẳng hạn như khi thuốc của quý vị nằm trong Danh sách thuốc của chương trình của chúng tôi nhưng chúng tôi phải chấp thuận loại thuốc đó cho quý vị trước khi bảo hiểm)

LƯU Ý: Nếu nhà thuốc của quý vị cho biết quý vị không thể mua toa thuốc như kê đơn, họ sẽ gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu một quyết định bảo hiểm.

Quyết định bảo hiểm ban đầu về thuốc Medicare Phần D của quý vị được gọi là “**xác định quyền lợi bảo hiểm**”.

- Quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán thuốc mà quý vị đã mua, Tức là quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm về khoản thanh toán đó.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Phần này cho quý vị biết cách yêu cầu quyết định bảo hiểm và kháng cáo. Sử dụng bảng dưới đây để giúp quý vị.

Quý vị thuộc trường hợp nào trong các trường hợp này?			
Quý vị có cần một loại thuốc không nằm trong Danh sách thuốc của chúng tôi hoặc cần chúng tôi miễn trừ một quy tắc hay quy định hạn chế về loại thuốc chúng tôi bảo hiểm không?	Quý vị có muốn chúng tôi bảo hiểm cho một loại thuốc trong Danh sách thuốc của chúng tôi và quý vị tin rằng quý vị đáp ứng được bất kỳ quy tắc hay quy định hạn chế nào của chương trình (ví dụ như được sự chấp thuận trước) đối với loại thuốc quý vị cần hay không?	Quý vị có muốn yêu cầu chúng tôi bồi hoàn cho loại thuốc mà quý vị đã nhận được và đã thanh toán không?	Chúng tôi đã thông báo với quý vị rằng chúng tôi sẽ không bảo hiểm hoặc thanh toán cho thuốc theo cách mà quý vị muốn.
Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cấp cho một trường hợp ngoại lệ. (Đây là một loại quyết định bảo hiểm).	Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định bảo hiểm.	Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bồi hoàn. (Đây là một loại quyết định bảo hiểm).	Quý vị có thể tiến hành kháng cáo. (Điều này có nghĩa là quý vị yêu cầu chúng tôi xem xét lại).
Bắt đầu với Phần G2, sau đó tham khảo Phần G3 và G4.	Tham khảo Phần G4.	Tham khảo Phần G4.	Tham khảo Phần G5.

G2. Các trường hợp ngoại lệ của Medicare Phần D

Nếu chúng tôi không bảo hiểm cho một loại thuốc theo cách quý vị mong muốn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra một “trường hợp ngoại lệ”. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Khi quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị sẽ cần giải thích lý do y tế tại sao quý vị cần một trường hợp ngoại lệ.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Yêu cầu bảo hiểm cho một loại thuốc không có trong Danh sách thuốc của chúng tôi hoặc xóa bỏ hạn chế đối với một loại thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu **“trường hợp ngoại lệ đối với danh mục thuốc”**.

Dưới đây là các ví dụ về trường hợp ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cấp cho:

3. Bảo hiểm cho một loại thuốc không có trong *Danh sách thuốc* của chúng tôi

- Quý vị không thể có ngoại lệ đối với số tiền đồng trả bắt buộc cho thuốc đó.

4. Loại bỏ hạn chế đối với thuốc được bảo hiểm

- Các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc trong *Danh sách thuốc* của chúng tôi (tham khảo **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên* để biết thêm thông tin).
- Các quy tắc và quy định hạn chế bổ sung về một số loại thuốc nhất định bao gồm:
 - Phải sử dụng phiên bản thuốc gốc thay vì thuốc biệt dược.
 - Có được sự chấp thuận trước của chương trình trước khi chúng tôi đồng ý bảo hiểm cho loại thuốc đó cho quý vị. Điều này đôi khi được gọi là “sự chấp thuận trước (PA)”.
 - Bắt buộc thử một thuốc khác trước khi chúng tôi đồng ý bảo hiểm cho thuốc mà quý vị yêu cầu. Điều này đôi khi được gọi là “trị liệu từng bước.”
 - Giới hạn số lượng. Đối với một số loại thuốc, có các giới hạn về số lượng thuốc quý vị có thể nhận.
- Nếu chúng tôi đồng ý với một ngoại lệ dành cho quý vị và bỏ qua một hạn chế, quý vị có thể yêu cầu một trường hợp ngoại lệ đối với số tiền đồng trả mà quý vị phải trả.

G3. Những điều quan trọng cần biết về yêu cầu trường hợp ngoại lệ

Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải cho chúng tôi biết các lý do y tế.

Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải cung cấp cho chúng tôi tuyên bố giải thích lý do y tế để yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Để có quyết định nhanh hơn, hãy nêu cả thông tin y tế này từ bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị khi quý vị yêu cầu xin cấp trường hợp ngoại lệ.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Danh sách thuốc của chúng tôi thường bao gồm nhiều loại thuốc để điều trị một tình trạng cụ thể. Chúng 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 ra nhiều tác dụng phụ hơn hoặc các vấn đề sức khỏe khác thì chúng tôi thường **không** chấp thuận yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi một trường hợp ngoại lệ về bậc thuốc, chúng tôi thường **không** chấp thuận yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị trừ khi tất cả các loại thuốc thay thế ở (các) bậc chia sẻ chi phí thấp hơn sẽ không có tác dụng tốt cho quý vị hoặc có khả năng gây ra phản ứng bất lợi hoặc tác hại khác.

Chúng tôi có thể Đồng ý hoặc Từ chối yêu cầu của quý vị

- Nếu chúng tôi **Đồng ý** với yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị, trường hợp ngoại lệ thường kéo dài cho đến khi hết năm đó. Điều này là đúng khi bác sĩ của quý vị vẫn tiếp tục kê toa thuốc cho quý vị và loại thuốc đó vẫn an toàn và hiệu quả trong việc điều trị tình trạng của quý vị.
- Nếu chúng tôi **Từ chối** với yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể kháng cáo. Tham khảo **Phần G5** để biết thông tin về cách kháng cáo nếu chúng tôi **Từ chối**.

Phần tiếp theo cho quý vị biết cách yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm cả trường hợp ngoại lệ.

G4. Cách yêu cầu ra quyết định bảo hiểm, gồm cả trường hợp ngoại lệ

- Yêu cầu loại quyết định bảo hiểm mà quý vị mong muốn bằng cách gọi điện số 1-800-452-4413 (TTY: 711), viết thư hoặc gửi fax cho chúng tôi. Quý vị, người đại diện, hoặc bác sĩ (hoặc người kê toa khác) của quý vị có thể làm điều này. Vui lòng bao gồm tên, thông tin liên hệ và thông tin về yêu cầu của quý vị.
- Quý vị hoặc bác sĩ (hoặc người kê toa khác) của quý vị hoặc một người đang đại diện cho quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm. Quý vị cũng có thể có luật sư đại diện cho quý vị.
- Tham khảo **Phần E3** để tìm hiểu cách chỉ định một người làm đại diện cho quý vị.
- Quý vị không cần cung cấp sự cho phép bằng văn bản cho bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị để thay mặt quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm.
- Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi bồi hoàn chi phí thuốc cho quý vị, hãy tham khảo **Chương 7** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Nếu quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, hãy cung cấp cho chúng tôi “tuyên bố ủng hộ”. Tuyên bố ủng hộ bao gồm lý do y tế của bác sĩ hoặc người kê toa khác đối với yêu cầu trường hợp ngoại lệ.
- Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể gửi fax hoặc gửi thư cho chúng tôi bản tuyên bố ủng hộ. Họ cũng có thể thông báo cho chúng tôi qua điện thoại và sau đó gửi fax hoặc gửi bản tuyên bố qua đường bưu điện.
- Quý vị có thể gửi yêu cầu xác định quyền lợi bảo hiểm bằng phương thức điện tử thông qua cổng thông tin hội viên bảo mật tại:
https://www.blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions
 - Chọn biểu mẫu hội viên
 - Bắt đầu yêu cầu xác định quyền lợi bảo hiểm trực tuyến
 - Quý vị có thể bắt đầu quá trình xin chấp thuận trước hoặc yêu cầu một trường hợp ngoại lệ.

Nếu cần thiết cho sức khỏe của quý vị, hãy yêu cầu chúng tôi cấp cho quý vị “quyết định bảo hiểm nhanh”.

Chúng tôi sẽ sử dụng “thời hạn tiêu chuẩn” trừ khi chúng tôi đồng ý sử dụng “thời hạn nhanh”.

- **Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn** nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố từ bác sĩ của quý vị.
- **Quyết định bảo hiểm nhanh** nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố từ bác sĩ của quý vị.

“Quyết định bảo hiểm nhanh” được gọi là “**xác định quyền lợi bảo hiểm khẩn cấp.**”

Quý vị có thể nhận được quyết định bảo hiểm nhanh nếu:

- Đó là cho một loại thuốc mà quý vị không nhận được. Quý vị không thể có quyết định bảo hiểm nhanh nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị tiền thuốc quý vị đã mua.
- 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 của quý vị hoặc người kê toa khác cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị cần có quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ đồng ý và đưa ra quyết định đó cho quý vị. Chúng tôi gửi cho quý vị một lá thư cho quý vị biết.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare).



- Nếu quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh mà không có sự ủng hộ từ bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác, chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có được nhận quyết định bảo hiểm nhanh hay không.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng bệnh của quý vị không đáp ứng được các yêu cầu để có quyết định bảo hiểm nhanh thì chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.
 - Chúng tôi gửi cho quý vị một lá thư cho quý vị biết rằng chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn. Bức thư này cũng cho quý vị biết cách khiếu nại về quyết định của chúng tôi.
 - Quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh và nhận quyết định trong vòng 24 giờ. Để biết thêm thông tin về việc khiếu nại, bao gồm cả khiếu nại nhanh, hãy tham khảo **Phần K**.

Thời hạn quyết định bảo hiểm nhanh

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố ủng hộ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu điều đó.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng cáo để IRO xem xét. Tham khảo **Phần G6** để biết thêm thông tin về Kháng cáo cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi cung cấp bảo hiểm cho quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố ủng hộ từ bác sĩ của quý vị.
- Nếu chúng tôi **Từ chối** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư kèm theo lý do. Bức thư cũng cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng cáo.

Thời hạn cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được tuyên bố ủng hộ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu điều đó.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng cáo để IRO xem xét.

- Nếu chúng tôi **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố ủng hộ từ bác sĩ của quý vị về trường hợp ngoại lệ.
- Nếu chúng tôi **Từ chối** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư kèm theo lý do. Bức thư này cũng cho quý vị biết cách kháng cáo.

Thời hạn cho quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về thuốc mà quý vị đã mua

- Chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp 2 của quy trình kháng cáo để IRO xem xét.
- Nếu chúng tôi **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ hoàn lại tiền cho quý vị trong vòng 14 ngày.
- Nếu chúng tôi **Từ chối** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư kèm theo lý do. Bức thư này cũng cho quý vị biết cách kháng cáo.

G5. Kháng cáo cấp 1

Kháng cáo lên chương trình của chúng tôi về quyết định bảo hiểm thuốc Medicare Phần D được gọi là “**tái xác định**” của chương trình.

- Bắt đầu **kháng cáo tiêu chuẩn** hoặc **kháng cáo nhanh** bằng cách gọi 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần, viết thư hoặc gửi fax cho chúng tôi. Quý vị, người đại diện, hoặc bác sĩ (hoặc người kê toa khác) của quý vị có thể làm điều này. Vui lòng bao gồm tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.
- Quý vị phải yêu cầu kháng cáo **trong vòng 65 ngày theo lịch** kể từ ngày trên thư chúng tôi đã gửi để thông báo với quý vị về quyết định của chúng tôi.
- Nếu quý vị trễ thời hạn này và có lý do chính đáng cho việc chậm trễ này, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng cáo. Ví dụ về những lý do chính đáng như quý vị bị ốm nặng hoặc chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn yêu cầu kháng cáo. Giải thích lý do tại sao kháng cáo của quý vị bị trễ khi quý vị gửi kháng cáo.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi một bản sao miễn phí các thông tin về kháng cáo của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể cung cấp thêm thông tin cho chúng tôi để ủng hộ đơn kháng cáo của quý vị.

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu kháng cáo nhanh.

Kháng cáo nhanh còn được gọi là “**tái xác định khẩn cấp**”.

- Nếu quý vị kháng cáo quyết định chúng tôi đã đưa ra về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị sẽ phải quyết định xem quý vị có cần kháng cáo nhanh hay không.
- Yêu cầu cho kháng cáo nhanh cũng tương tự như với quyết định bảo hiểm nhanh. Tham khảo **Phần G4** để biết thêm thông tin.

Chúng tôi xem xét kháng cáo của quý vị và trả lời quý vị.

- Chúng tôi xem xét kháng cáo và xem xét cẩn thận một lần nữa tất cả các thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị.
- Chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ các quy tắc hay không khi **Từ chối** yêu cầu của quý vị.
- Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị hoặc bác sĩ hay người kê toa khác của quý vị để có thêm thông tin.

Thời hạn kháng cáo nhanh Cấp 1

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.
 - Chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu điều đó.
 - Nếu chúng tôi không trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Sau đó IRO sẽ xem xét yêu cầu của quý vị. Tham khảo **Phần G6** để biết thông tin về tổ chức xem xét và quy trình kháng cáo Cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

- Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do và cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng cáo.

Thời hạn kháng cáo tiêu chuẩn Cấp 1

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 7 ngày** sau khi nhận kháng cáo của quý vị cho loại thuốc mà quý vị chưa được nhận.
- Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định sớm hơn cho quý vị nếu quý vị không nhận được thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu điều đó. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi, hãy yêu cầu một kháng cáo nhanh.
 - Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 7 ngày, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên quy trình kháng cáo Cấp 2. Sau đó IRO sẽ xem xét yêu cầu của quý vị. Tham khảo **Phần G6** để biết thông tin về tổ chức xem xét và quy trình kháng cáo Cấp 2.

Nếu chúng tôi **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm** mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp nhanh chóng theo yêu cầu của tình trạng sức khỏe của quý vị, **chậm nhất là 7 ngày** sau khi nhận được kháng cáo của quý vị.
- Chúng tôi phải **gửi khoản thanh toán** cho quý vị cho loại thuốc quý vị đã mua **trong vòng 30 ngày** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.

Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do và cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng cáo.
- Chúng tôi phải trả lời về việc hoàn lại tiền cho quý vị cho một loại thuốc quý vị đã mua **trong vòng 14 ngày** sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị.
 - Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 14 ngày, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo. Sau đó IRO sẽ xem xét yêu cầu của quý vị. Tham khảo **Phần G6** để biết thông tin về tổ chức xem xét và quy trình kháng cáo Cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

- Nếu chúng tôi **Từ chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do và cho quý vị biết cách quý vị có thể kháng cáo.

G6. Kháng cáo cấp 2

Nếu chúng tôi **Từ chối** Kháng cáo cấp 1 của quý vị, quý vị có thể chấp nhận quyết định của chúng tôi hoặc thực hiện một kháng cáo khác. Nếu quý vị quyết định thực hiện một kháng cáo khác, quý vị sẽ sử dụng quy trình Kháng cáo cấp 2. **IRO** xem xét quyết định của chúng tôi khi chúng tôi **Từ chối** kháng cáo đầu tiên của quý vị. Tổ chức này quyết định xem chúng tôi có nên thay đổi quyết định của mình hay không.

Tên chính thức của “Tổ chức Xem xét Độc lập” (IRO) là “**Đơn vị Xem xét Độc lập**”, đôi khi được gọi là “**IRE**”.

Để tiến hành Kháng cáo cấp 2, quý vị, người đại diện cho quý vị hoặc bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải liên lạc với IRO **bằng văn bản** và yêu cầu xem xét trường hợp của quý vị.

- Nếu chúng tôi **Từ chối** Kháng cáo cấp 1 của quý vị, thư mà chúng tôi gửi cho quý vị sẽ gồm cả **hướng dẫn về cách tiến hành Kháng cáo cấp 2** với IRO. Hướng dẫn này sẽ cho biết ai có thể tiến hành Kháng cáo cấp 2, quý vị phải tuân thủ thời hạn nào và cách liên lạc với tổ chức.
- Khi quý vị khiếu nại lên IRO, chúng tôi sẽ gửi thông tin chúng tôi có về kháng cáo của quý vị tới tổ chức. Thông tin này được gọi là “hồ sơ trường hợp” của quý vị. **Quý vị có quyền có một bản hồ sơ trường hợp của mình miễn phí.** Nếu quý vị cần trợ giúp để yêu cầu một bản sao miễn phí hồ sơ trường hợp của mình, hãy gọi số 1-888-466-2219.
- Quý vị có quyền cung cấp cho IRO thông tin thêm để ủng hộ cho kháng cáo của mình.

IRO xem xét Kháng cáo cấp 2 Medicare Phần D của quý vị và trả lời cho quý vị bằng văn bản. Tham khảo **Phần F4** để biết thêm thông tin về IRO.

Thời hạn kháng cáo nhanh Cấp 2

Nếu cần thiết cho tình trạng sức khỏe của quý vị, hãy yêu cầu IRO một kháng cáo nhanh

- Nếu họ đồng ý kháng cáo nhanh, họ phải trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị.

- Nếu họ **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc đã được chấp thuận **trong vòng 24 giờ** sau khi nhận được quyết định của IRO.

Thời hạn kháng cáo tiêu chuẩn Cấp 2

Nếu quý vị có kháng cáo tiêu chuẩn Cấp 2, IRO phải trả lời quý vị:

- **trong vòng 7 ngày** sau khi họ nhận được kháng cáo của quý vị về loại thuốc mà quý vị không nhận được.
- **trong vòng 14 ngày** sau khi nhận được kháng cáo của quý vị để trả lại tiền cho thuốc quý vị đã mua.

Nếu IRO **Đồng ý** với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc đã được chấp thuận **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định của IRO.
- Chúng tôi phải hoàn lại tiền cho loại thuốc quý vị đã mua trong vòng 30 ngày sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO.
- Nếu IRO **Từ chối** kháng cáo của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận yêu cầu của quý vị. Việc này được gọi là “giữ nguyên quyết định” hoặc “bác bỏ kháng cáo của quý vị”.

Nếu IRO **Từ chối** Kháng cáo cấp 2 của quý vị, quý vị có quyền Kháng cáo cấp 3 nếu giá trị tính theo đồng đô la của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu đáp ứng giá trị tối thiểu tính theo đô la. Nếu giá trị tính theo đô la của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu thấp hơn mức tối thiểu bắt buộc, quý vị không thể kháng cáo lần nữa. Trong trường hợp đó, quyết định Kháng cáo cấp 2 là quyết định cuối cùng. IRO gửi cho quý vị một lá thư cho quý vị biết giá trị tối thiểu tính theo đô la cần thiết để tiếp tục Kháng cáo cấp 3.

Nếu giá trị tính theo đô la của bảo hiểm quý vị đang yêu cầu đáp ứng yêu cầu, quý vị sẽ quyết định xem quý vị có muốn tiếp tục kháng cáo nữa hay không.

- Có thêm ba cấp khác trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2.
- Nếu IRO **Từ chối** Kháng cáo cấp 2 của quý vị và quý vị đáp ứng yêu cầu tiếp tục quá trình kháng cáo, quý vị:
 - Quyết định xem quý vị có muốn kháng cáo Cấp 3 hay không.
 - Hãy tham khảo thư IRO gửi cho quý vị sau Kháng cáo cấp 2 để biết chi tiết về cách thực hiện Kháng cáo cấp 3.

ALJ hoặc thẩm phán được ủy quyền sẽ xử lý Kháng cáo cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Kháng cáo cấp 3, 4 và 5.

H. Yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho thời gian nằm viện lâu hơn

Khi quý vị nhập viện, quý vị có quyền nhận tất cả các dịch vụ bệnh viện mà chúng tôi bảo hiểm cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc thương tích của quý vị. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 4** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

Trong thời gian quý vị nằm viện được bảo hiểm, bác sĩ của quý vị và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị xuất viện. Họ cũng sẽ giúp sắp xếp dịch vụ chăm sóc quý vị có thể cần sau khi xuất viện.

- Ngày quý vị rời khỏi bệnh viện được gọi là “ngày xuất viện.”
- Bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên của bệnh viện sẽ báo cho quý vị biết ngày xuất viện của quý vị là ngày nào.

Nếu quý vị cho rằng mình được yêu cầu rời bệnh viện quá sớm hoặc quý vị lo lắng về việc chăm sóc sau khi xuất viện, quý vị có thể yêu cầu ở lại bệnh viện lâu hơn. Phần này trình bày cách yêu cầu.

Bất kể các kháng cáo được thảo luận trong **Phần H** này, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Duyệt xét y tế độc lập để tiếp tục nằm viện. Vui lòng tham khảo **Phần F4** để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Duyệt xét y tế độc lập. Quý vị có thể yêu cầu Duyệt xét y tế độc lập cùng với hoặc thay cho Kháng cáo cấp 3.

H1. Tìm hiểu về các quyền Medicare của quý vị

Trong vòng hai ngày sau khi quý vị nhập viện, một người ở bệnh viện, chẳng hạn như y tá hoặc nhân viên phụ trách hồ sơ, sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản có tên là “Thông báo quan trọng từ Medicare về các quyền của quý vị.” Tất cả những người có Medicare đều nhận được bản sao thông báo này bất kỳ khi nào họ được nhập viện.

Nếu quý vị không nhận được thông báo, hãy hỏi bất kỳ nhân viên nào của bệnh viện để nhận thông báo này. Nếu quý vị cần trợ giúp, hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo những số điện thoại ở cuối trang. Quý vị cũng có thể gọi đến 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

- **Hãy đọc kỹ thông báo này** và đặt câu hỏi nếu quý vị không hiểu. Thông báo này cho biết các quyền của quý vị với tư cách là bệnh nhân tại bệnh viện, bao gồm:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Quyền nhận các dịch vụ được Medicare bảo hiểm trong và sau thời gian nằm viện của quý vị. Quý vị có quyền được biết đây là những dịch vụ gì, ai sẽ thanh toán cho chúng và nơi quý vị có thể nhận các dịch vụ đó.
- Quyền tham gia vào bất kỳ quyết định nào về thời gian nằm viện của quý vị.
- Quý vị có quyền được biết nơi để báo cáo lo ngại mà quý vị có về chất lượng dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện cho quý vị.
- Hãy kháng cáo nếu quý vị cho rằng mình sắp được xuất viện quá sớm.
- Quý vị phải **ký vào thông báo** của Medicare để thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo đó và hiểu các quyền của mình.
 - Quý vị hoặc một người thay mặt quý vị có thể ký vào thông báo.
 - Việc ký vào thông báo **chỉ** cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông tin về các quyền của mình. Ký vào thông báo **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với ngày xuất viện mà bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện có thể đã thông báo cho quý vị.
- **Giữ bản sao** thông báo đã ký để quý vị vẫn có thông tin trong đó khi cần.

Nếu quý vị ký vào thông báo này hơn hai ngày trước khi rời khỏi bệnh viện, quý vị sẽ nhận được một bản khác trước khi xuất viện.

Quý vị có thể xem trước bản sao thông báo nếu quý vị:

- Gọi Dịch vụ Khách hàng theo các số điện thoại ở cuối trang
- Gọi cho Medicare theo số 1-800 MEDICARE (1800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Truy cập www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Kháng cáo cấp 1

Nếu quý vị muốn chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện cho quý vị trong thời gian dài hơn, quý vị phải yêu cầu kháng cáo. Tổ chức Nâng cao Chất lượng (QIO) xem xét Kháng cáo cấp 1 để tìm hiểu xem ngày xuất viện dự kiến có phù hợp về mặt y tế với quý vị hay không.



Tổ chức QIO này là một nhóm các bác sĩ và các 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 những người có Medicare. Các chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Ở California, QIO là Livanta. Quý vị có thể gọi cho họ theo số (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668]. Thông tin liên hệ cũng có trong thông báo, “Thông báo quan trọng từ Medicare về các quyền của quý vị” và trong **Chương 2**.

Gọi cho QIO trước khi quý vị rời bệnh viện và không được chậm hơn ngày xuất viện dự kiến của quý vị.

- **Nếu quý vị gọi điện trước khi rời đi**, quý vị có thể ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo dự kiến mà không phải thanh toán gì trong khi chờ quyết định của QIO về kháng cáo của mình.
- **Nếu quý vị không gọi để kháng cáo** và quyết định ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến, quý vị có thể phải thanh toán tất cả các chi phí cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện dự kiến.
- Bởi vì thời gian nằm viện được cả Medicare và Medi-Cal bảo hiểm, nếu Tổ chức Nâng cao Chất lượng không chấp nhận yêu cầu tiếp tục nằm viện của quý vị, hoặc quý vị tin rằng tình huống của mình là khẩn cấp, liên quan đến mối đe dọa nghiêm trọng và ngay lập tức đối với sức khỏe của quý vị, hoặc quý vị đang bị đau nặng, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe (DMHC) California tiến hành Duyệt xét y tế độc lập. Vui lòng tham khảo **Phần F4** để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Duyệt xét y tế độc lập.

Nhờ trợ giúp nếu quý vị cần. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp tại bất cứ thời điểm nào:

- Hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số ở cuối trang.
- Gọi cho Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn Bảo hiểm Sức khỏe (HICAP) tại số 1-800-434-0222.

Yêu cầu xem xét nhanh. Hãy hành động nhanh chóng và liên hệ với QIO để yêu cầu xem xét nhanh việc xuất viện của quý vị.

Thuật ngữ pháp lý cho “**xem xét nhanh**” là “**xem xét ngay lập tức**” hay “**xem xét cấp tốc**”.

Điều gì xảy ra trong quá trình xem xét nhanh

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

- Những người xem xét tại QIO sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị lý do tại sao quý vị cho rằng bảo hiểm cần được tiếp tục sau ngày xuất viện dự kiến. Quý vị không bắt buộc phải viết ra một tuyên bố, 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 bệnh viện và chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Đến trưa của ngày sau khi người xem xét thông báo cho chương trình của chúng tôi về kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ nhận được một lá thư cho biết ngày xuất viện dự kiến của mình. Thư cũng đưa ra lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi cho rằng đó là ngày xuất viện phù hợp về mặt y tế cho quý vị.

Thuật ngữ pháp lý của giải thích bằng văn bản này được gọi là “**Thông báo xuất viện chi tiết**”. Quý vị có thể lấy mẫu bằng cách gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số điện thoại ở cuối trang hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. (Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048). Quý vị cũng có thể tham khảo mẫu thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Trong vòng một ngày sau khi nhận được tất cả thông tin cần thiết, QIO sẽ đưa ra câu trả lời cho kháng cáo của quý vị.

Nếu QIO trả lời **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú được bảo hiểm của quý vị khi các dịch vụ đó vẫn cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ chối** 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 nội trú tại bệnh viện sẽ kết thúc vào buổi trưa của ngày sau khi QIO trả lời đơn kháng cáo của quý vị.
- Quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau buổi trưa vào ngày sau khi QIO đưa ra câu trả lời cho kháng cáo của quý vị.
- Nếu QIO đã khước từ Kháng cáo cấp 1 của quý vị **và** quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến, khi đó quý vị có thể tiến hành Kháng cáo cấp 2.

H3. Kháng cáo cấp 2

Đối với Kháng cáo cấp 2, quý vị yêu cầu QIO xem xét lại quyết định của họ đối với Kháng cáo cấp 1 của quý vị. Quý vị có thể gọi cho họ theo số (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668].

Quý vị phải yêu cầu đánh giá này **trong vòng 60 ngày** sau ngày QIO **Từ chối** Kháng cáo cấp 1 của quý vị. Quý vị **chỉ** có thể yêu cầu việc xem xét này nếu quý vị đã nằm viện sau ngày bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đó của quý vị đã chấm dứt.

Người xem xét QIO sẽ:

- Xem xét kỹ lại tất cả các 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 kể từ khi nhận được yêu cầu xem xét lần thứ hai của quý vị.

Nếu QIO trả lời **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi phải trả lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí chăm sóc tại bệnh viện của chúng tôi kể từ buổi trưa của ngày sau ngày QIO từ chối Kháng cáo cấp 1 của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú được bảo hiểm của quý vị khi các dịch vụ đó vẫn cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ chối** 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 đưa cho quý vị một lá thư cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quá trình kháng cáo và thực hiện Kháng cáo cấp 3.
- Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt xét y tế độc lập để tiếp tục nằm viện. Vui lòng tham khảo **Phần E4** để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Duyệt xét y tế độc lập.

ALJ hoặc thẩm phán được ủy quyền sẽ xử lý Kháng cáo cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Kháng cáo cấp 3, 4 và 5.

I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục bảo hiểm một số dịch vụ y tế

Phần này chỉ nói về ba loại dịch vụ quý vị có thể nhận được:

- dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà
- dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, **và**
- chăm sóc phục hồi chức năng cho bệnh nhân ngoại trú tại cơ sở CORF được Medicare chấp thuận. Điều này thường có nghĩa là quý vị đang được điều trị bệnh tật hoặc tai nạn hoặc quý vị đang hồi phục sau một ca phẫu thuật lớn.

Với bất kỳ loại dịch vụ chăm sóc nào trong số ba loại này, quý vị có quyền tiếp tục nhận các dịch vụ được bảo hiểm khi bác sĩ cho rằng dịch vụ chăm sóc đó vẫn cần thiết cho quý vị.

Khi chúng tôi quyết định ngừng bảo hiểm cho bất kỳ loại nào trong số này, chúng tôi cần thông báo cho quý vị **trước khi** ngừng dịch vụ của quý vị. Khi bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ đó kết thúc, chúng tôi sẽ ngừng thanh toán cho dịch vụ đó.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi chấm dứt bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi**. Phần này cho quý vị biết về cách yêu cầu kháng cáo.

I1. Thông báo trước trước khi bảo hiểm của quý vị kết thúc

Chúng tôi gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản mà quý vị sẽ nhận được ít nhất hai ngày trước khi chúng tôi ngừng thanh toán dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Đây được gọi là “Thông báo về việc Medicare không bảo hiểm”. Thông báo này sẽ cho quý vị biết ngày chúng tôi sẽ ngừng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc cho quý vị và làm thế nào để kháng cáo lại quyết định của chúng tôi.

Quý vị hoặc người đại diện của quý vị phải ký vào thông báo đó để thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo. Việc ký vào thông báo **chỉ** cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông tin. Việc ký tên **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với quyết định của chúng tôi.

I2. Kháng cáo cấp 1

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi chấm dứt bảo hiểm dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Phần này cho quý vị biết về quy trình Kháng cáo cấp 1 và những việc cần làm.

- **Đáp ứng thời hạn.** Thời hạn rất quan trọng. Hãy chắc chắn rằng quý vị hiểu và tuân thủ thời hạn áp dụng cho những việc quý vị phải làm. Chương trình của chúng tôi cũng phải tuân theo thời hạn. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Tham khảo **Phần K** để biết thêm thông tin về khiếu nại.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- **Nhờ trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp tại bất cứ thời điểm nào:
 - Hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số ở cuối trang.
 - Gọi cho HICAP theo số 1-800-434-0222.
- **Liên hệ với QIO.**
 - Tham khảo **Phần H2** hoặc tham khảo **Chương 2** trong *Cẩm Nang Hội Viên* để biết thêm thông tin về QIO và cách liên hệ với họ.
 - Yêu cầu họ xem xét kháng cáo của quý vị và quyết định xem có nên thay đổi quyết định của chương trình chúng tôi hay không.
- **Hãy hành động nhanh chóng và yêu cầu “kháng cáo nhanh”.** Hãy hỏi QIO xem việc chúng tôi chấm dứt bảo hiểm cho các dịch vụ y tế của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không.

Thời hạn để quý vị liên lạc với tổ chức này

- Quý vị phải liên hệ với QIO để bắt đầu kháng cáo trước buổi trưa của ngày trước ngày “Thông báo về việc Medicare không bảo hiểm” mà chúng tôi đã gửi cho quý vị có hiệu lực.
- Nếu Tổ chức Nâng cao Chất lượng không nhận được yêu cầu tiếp tục bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc quý vị tin rằng tình huống của quý vị là khẩn cấp hoặc liên quan đến mối đe dọa nghiêm trọng và ngay lập tức đối với sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị bị đau nặng, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với và yêu cầu Bộ Quản trị Chăm Sóc Sức khỏe (DMHC) California thực hiện Duyệt xét y tế độc lập. Vui lòng tham khảo **Phần F4** để tìm hiểu cách nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC tiến hành Duyệt xét y tế độc lập.

Thuật ngữ pháp lý dành cho thông báo bằng văn bản này là “Thông báo về việc Medicare không bảo hiểm”. Để nhận bản mẫu, hãy gọi Dịch vụ Khách hàng theo số ở cuối trang hoặc gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Hoặc lấy một bản sao trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Điều gì xảy ra trong quá trình kháng cáo nhanh

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

- Những người xem xét tại QIO hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị tại sao quý vị cho rằng nên tiếp tục bảo hiểm. Quý vị không bắt buộc phải viết ra một tuyên bố, nhưng quý vị có thể.
- Những người xem xét cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Chương trình của chúng tôi cũng gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích lý do chúng tôi chấm dứt bảo hiểm cho các dịch vụ của quý vị. Quý vị sẽ nhận được thông báo vào cuối ngày khi người xem xét thông báo cho chúng tôi về kháng cáo của quý vị.

Thuật ngữ pháp lý cho phần giải thích thông báo là **“Giải thích chi tiết về việc không được bảo hiểm”**.

- Người xem xét cung cấp quyết định của họ trong vòng một ngày sau khi nhận được tất cả thông tin họ cần.

Nếu QIO trả lời **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị khi chúng vẫn cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ chối** kháng cáo của quý vị:

- Bảo hiểm của quý vị kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị.
- Chúng tôi sẽ ngừng thanh toán chi phí chăm sóc này vào ngày được ghi trong thông báo.
- Nếu quý vị quyết định tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ tại CORF sau ngày bảo hiểm của quý vị chấm dứt thì quý vị sẽ phải tự trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc này.
- Quý vị quyết định xem quý vị có muốn tiếp tục các dịch vụ này hay không và thực hiện Kháng cáo cấp 2.

13. Kháng cáo cấp 2

Đối với Kháng cáo cấp 2, quý vị yêu cầu QIO xem xét lại quyết định của họ đối với Kháng cáo cấp 1 của quý vị. Quý vị có thể gọi cho họ theo số (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668].

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Quý vị phải yêu cầu đánh giá này **trong vòng 60 ngày** sau ngày QIO **Từ chối** Kháng cáo cấp 1 của quý vị. Quý vị **chỉ** có thể yêu cầu việc xem xét này nếu tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó chấm dứt.

Người xem xét QIO sẽ:

- Xem xét kỹ lại tất cả các 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 kể từ khi nhận được yêu cầu xem xét lần thứ hai của quý vị.

Nếu QIO trả lời **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Chúng tôi phải bồi hoàn cho quý vị chi phí chăm sóc quý vị đã nhận từ ngày chúng tôi tuyên bố bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt.
- Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc khi điều đó vẫn còn cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ chối** kháng cáo của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc chấm dứt dịch vụ chăm sóc của quý vị và sẽ không thay đổi điều đó.
- Họ đưa cho quý vị một lá thư cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quá trình kháng cáo và thực hiện Kháng cáo cấp 3.
- Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt xét y tế độc lập để tiếp tục bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng tham khảo **Phần F4** để tìm hiểu cách yêu cầu DMHC tiến hành Duyệt xét y tế độc lập. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại và yêu cầu DMHC thực hiện Duyệt xét y tế độc lập cùng với hoặc thay cho Kháng cáo cấp 3.

ALJ hoặc thẩm phán được ủy quyền sẽ xử lý Kháng cáo cấp 3. Tham khảo **Phần J** để biết thông tin về Kháng cáo cấp 3, 4 và 5.

J. Chuyển kháng cáo của quý vị lên cấp cao hơn Cấp 2

J1. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và vật dụng của Medicare

Nếu quý vị tiến hành Kháng cáo cấp 1 và Kháng cáo cấp 2 đối với các dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare và cả hai kháng cáo này đều đã bị bác bỏ, quý vị có thể có quyền đưa lên các cấp kháng cáo bổ sung.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Nếu giá trị bằng đô la của dịch vụ hoặc vật dụng Medicare mà quý vị đã kháng cáo không đáp ứng được số tiền tối thiểu nhất định thì quý vị không thể kháng cáo thêm nữa. Nếu giá trị đồng đô la đủ cao, quý vị có thể tiếp tục quá trình kháng cáo. Thư quý vị nhận được từ IRO cho Kháng cáo cấp 2 sẽ giải thích người cần liên hệ và phải làm gì để yêu cầu Kháng cáo cấp 3.

Kháng cáo cấp 3

Cấp 3 của quy trình kháng cáo là phiên điều trần do Thẩm phán Luật Hành chính (ALJ) chủ tọa. Người đưa ra quyết định là ALJ hoặc thẩm phán được ủy quyền làm việc cho chính phủ liên bang.

Nếu ALJ hoặc thẩm phán được ủy quyền **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị, chúng tôi có quyền kháng cáo 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 Yêu cầu Kháng cáo cấp 4 cùng với mọi tài liệu đi kèm. Chúng tôi có thể đợi quyết định Kháng cáo cấp 4 trước khi cho phép hoặc cung cấp dịch vụ đang tranh chấp.
- Nếu chúng tôi quyết định **không kháng cáo** quyết định này, chúng tôi phải chấp thuận hoặc cung cấp cho quý vị dịch vụ đó trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của ALJ hoặc thẩm phán được ủy quyền.
 - Nếu ALJ hoặc thẩm phán được ủy quyền **Từ chối** kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo có thể chưa kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo chấm dứt tại đây.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối kháng cáo này, quý vị có thể tiếp tục đến cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì đối với Kháng cáo cấp 4.

Kháng cáo cấp 4

Hội đồng kháng cáo (Hội đồng) Medicare sẽ xem xét kháng cáo và trả lời quý vị. Hội đồng là một bộ phận của chính quyền Liên bang.

Nếu Hội đồng **Đồng ý** với Kháng cáo cấp 4 của quý vị hoặc từ chối yêu cầu của chúng tôi xem xét quyết định Kháng cáo cấp 3 có lợi cho quý vị, chúng tôi có quyền kháng cáo lên Cấp 5.

- Nếu chúng tôi quyết định **kháng cáo** quyết định đó, 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 cho quý vị dịch vụ đó trong vòng 60 ngày sau khi nhận được quyết định của Hội đồng.

Nếu Hội đồng **Từ chối** yêu cầu xem xét của chúng tôi, quá trình kháng cáo có thể chưa kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo chấm dứt tại đây.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định bác bỏ kháng cáo này, quý vị có thể tiếp tục đến cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu quý vị có thể tiếp tục Kháng cáo cấp 5 hay không và phải làm gì.

Kháng cáo cấp 5

- Thẩm phán Tòa án Quận Liên bang sẽ xem xét đơn kháng cáo của quý vị cũng như tất cả thông tin và quyết định **Đồng ý** hoặc **Không đồng ý**. Đây là quyết định cuối cùng. Không có cấp kháng cáo nào khác ngoài Tòa án Quận Liên bang.

J2. Kháng cáo Medi-Cal bổ sung

Quý vị cũng có các quyền kháng cáo khác nếu kháng cáo của quý vị liên quan đến các dịch vụ hoặc vật dụng mà Medi-Cal thường bảo hiểm. Lá thư quý vị nhận được từ Ban Điều trần cấp tiểu bang sẽ cho quý vị biết điều quý vị cần làm nếu muốn tiếp tục quy trình kháng cáo. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của phiên Điều trần cấp tiểu bang và quý vị muốn một thẩm phán khác xem xét lại quyết định đó, quý vị có thể yêu cầu điều trần lại và/hoặc yêu cầu tòa án xem xét lại.

Để yêu cầu điều trần lại, hãy gửi yêu cầu bằng văn bản (thư) qua đường bưu điện đến:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Lá thư này phải được gửi đi trong vòng 30 ngày sau khi quý vị nhận được quyết định về trường hợp của mình. Thời hạn này có thể được kéo dài tới 180 ngày nếu quý vị có lý do chính đáng về sự chậm trễ.

Trong yêu cầu điều trần lại của quý vị, hãy ghi rõ ngày quý vị đã nhận được quyết định và lý do tại sao cần được chấp thuận điều trần lại. Nếu quý vị muốn đưa ra bằng chứng bổ sung, hãy mô tả bằng chứng bổ sung và giải thích lý do bằng chứng này đã không được đưa ra trước đây và bằng chứng này sẽ thay đổi quyết định như thế nào. Quý vị có thể liên lạc với bộ phận dịch vụ pháp lý để được trợ giúp.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Để yêu cầu phúc thẩm, quý vị phải nộp đơn thỉnh cầu lên Tòa Thượng thẩm (theo Bộ luật tố tụng dân sự Khoản mục 1094.5) trong vòng một năm sau khi quý vị nhận được quyết định về trường hợp của mình. Hãy nộp đơn thỉnh cầu tại Tòa Thượng thẩm của quận có tên trong quyết định về trường hợp của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn thỉnh cầu này mà không cần yêu cầu điều trần lại. Không cần phí nộp đơn. Quý vị có thể có quyền được trả phí luật sư và các chi phí hợp lý nếu Tòa án đưa ra quyết định cuối cùng có lợi cho quý vị. Nếu phiên điều trần lại đã được xét xử và quý vị không đồng ý với quyết định của phiên điều trần lại, quý vị có thể xin phúc thẩm nhưng không thể yêu cầu phiên điều trần lại khác.

J3. Kháng cáo cấp 3, 4 và 5 đối với yêu cầu thuốc Medicare Phần D

Phần này có thể thích hợp cho quý vị nếu quý vị đã nộp đơn Kháng cáo cấp 1 và Kháng cáo cấp 2 và cả hai đơn kháng cáo của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị của thuốc mà quý vị đã kháng cáo đáp ứng khoản tiền tính theo đồng đô la nhất định thì quý vị có thể tiến hành thêm các cấp kháng cáo khác. Phản hồi bằng văn bản mà quý vị nhận được cho Kháng cáo cấp 2 của quý vị sẽ cho biết người quý vị cần liên lạc và những điều quý vị cần làm để yêu cầu Kháng cáo cấp 3.

Kháng cáo cấp 3

Cấp 3 của quy trình kháng cáo là phiên điều trần do Thẩm phán Luật Hành chính (ALJ) chủ tọa. Người đưa ra quyết định là ALJ hoặc thẩm phán được ủy quyền làm việc cho chính phủ liên bang.

Nếu ALJ hoặc thẩm phán được ủy quyền **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Quá trình kháng cáo kết thúc.
- Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc đã được chấp thuận trong vòng 72 giờ (hoặc 24 giờ đối với kháng cáo cấp tốc) hoặc thanh toán không muộn hơn 30 ngày sau khi chúng tôi nhận được quyết định.

Nếu ALJ hoặc thẩm phán được ủy quyền **Từ chối** kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo có thể chưa kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo chấm dứt tại đây.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định từ chối kháng cáo này, quý vị có thể tiếp tục đến cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì đối với Kháng cáo cấp 4.

Kháng cáo cấp 4

Hội đồng sẽ xem xét kháng cáo của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị. Hội đồng là một bộ phận của chính quyền Liên bang.

Nếu Hội đồng **Đồng ý** với kháng cáo của quý vị:

- Quá trình kháng cáo kết thúc.
- Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc đã được chấp thuận trong vòng 72 giờ (hoặc 24 giờ đối với kháng cáo cấp tốc) hoặc thanh toán không muộn hơn 30 ngày sau khi chúng tôi nhận được quyết định.

Nếu Hội đồng **Từ chối** kháng cáo của quý vị, quá trình kháng cáo có thể chưa kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định từ chối kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo chấm dứt tại đây.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định bác bỏ kháng cáo này, quý vị có thể tiếp tục đến cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu quý vị có thể tiếp tục Kháng cáo cấp 5 hay không và phải làm gì.

Kháng cáo cấp 5

- Thẩm phán Tòa án Quận Liên bang sẽ xem xét đơn kháng cáo của quý vị cũng như tất cả thông tin và quyết định **Đồng ý** hoặc **Không đồng ý**. Đây là quyết định cuối cùng. Không có cấp kháng cáo nào khác ngoài Tòa án Quận Liên bang.

K. Cách tiến hành khiếu nại

K1. Nên khiếu nại về các loại vấn đề nào?

Quy trình khiếu nại chỉ được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định như các vấn đề liên quan đến chất lượng dịch vụ chăm sóc, thời gian chờ và dịch vụ khách hàng. Sau đây là ví dụ về một số loại vấn đề được quy trình khiếu nại xử lý.

Khiếu nại	Ví dụ
Chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị	• Quý vị không hài lòng với chất lượng dịch vụ chăm sóc, chẳng hạn như dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được ở bệnh viện.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Khiếu nại	Ví dụ
Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị	Quý vị cho rằng người nào đó đã không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc đã chia sẻ thông tin bảo mật về quý vị.
Không tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc những hành vi tiêu cực khác	- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên đã thô lỗ hoặc không tôn trọng quý vị. - Nhân viên của chúng tôi đối xử với quý vị không tốt. - Quý vị cho rằng quý vị đang bị đẩy ra khỏi chương trình.
Khả năng tiếp cận và hỗ trợ ngôn ngữ	- Không có phương tiện tiếp cận để quý vị có thể tiếp nhận các dịch vụ và cơ sở y tế tại văn phòng 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 (chẳng hạn như Ngôn ngữ ký hiệu Hoa Kỳ hoặc tiếng Tây Ban Nha). - Nhà cung cấp dịch vụ của quý vị không cung cấp cho quý vị những điều chỉnh hợp lý khác mà quý vị cần và yêu cầu.
Thời gian chờ	- Quý vị gặp khó khăn trong việc lấy hẹn hoặc chờ đợi quá lâu để có được hẹn. - Các bác sĩ, dược sĩ hoặc các chuyên gia y tế khác, bộ phận Dịch vụ Khách hàng hoặc nhân viên khác của chương trình khiến quý vị phải chờ đợi quá lâu.
Vệ sinh	Quý vị cho rằng phòng khám, bệnh viện hoặc văn phòng bác sĩ không sạch sẽ.

Khiếu nại	Ví dụ
Thông tin chúng tôi cung cấp cho quý vị	- Quý vị cho rằng chúng tôi đã không thông báo hoặc gửi thư cho quý vị mà đáng lẽ quý vị cần phải nhận được. - Quý vị cho rằng các thông tin bằng văn bản chúng tôi gửi cho quý vị quá khó hiểu.
Tính kịp thời liên quan đến các quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo	- Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng được thời hạn đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc trả lời kháng cáo của quý vị. - Quý vị cho rằng sau khi nhận được bảo hiểm hoặc quyết định kháng cáo có lợi cho quý vị, chúng tôi không đáp ứng được thời hạn để chấp thuận hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị hoặc bồi hoàn cho quý vị một số dịch vụ y tế nhất định. - Quý vị không nghĩ chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến IRO đúng hạn.

Có nhiều loại khiếu nại khác nhau. Quý vị có thể khiếu nại nội bộ và/hoặc khiếu nại bên ngoài. Khiếu nại nội bộ được nộp và được chương trình của chúng tôi xem xét. Khiếu nại bên ngoài được nộp và được xem xét bởi một tổ chức không liên kết với chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị cần trợ giúp khiếu nại nội bộ và/hoặc bên ngoài, quý vị có thể gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711).

Thuật ngữ pháp lý cho “khiếu nại” là **“than phiền”**.

Thuật ngữ pháp lý cho “tiến hành khiếu nại” là **“nộp than phiền”**.

K2. Khiếu nại nội bộ

Để khiếu nại nội bộ, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Quý vị có thể khiếu nại bất cứ lúc nào trừ khi đó là về thuốc Medicare Phần D. Nếu khiếu nại liên quan đến thuốc Medicare Phần D, quý vị phải khiếu nại **trong vòng 60 ngày** sau khi gặp vấn đề mà quý vị muốn khiếu nại.

- Nếu quý vị cần làm bất kỳ điều nào khác, Dịch vụ Khách hàng sẽ cho quý vị biết.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Quý vị cũng có thể viết đơn khiếu nại và gửi cho chúng tôi. Nếu quý vị khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ phản hồi khiếu nại của quý vị bằng văn bản.
- Đây là quy trình:
 - Bước 1: Nộp đơn khiếu nại
 - Để bắt đầu quá trình, hãy gọi cho đại diện Dịch vụ Khách hàng trong vòng 60 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện và yêu cầu nộp đơn khiếu nại. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại bằng văn bản trong vòng 60 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bằng cách gửi đơn đến:

Blue Shield TotalDual Plan
 Appeals & Grievances Department
 P.O. Box 927
 Woodland Hills, CA 91365-9856
 FAX: (916) 350-6510

- Nếu liên hệ với chúng tôi bằng fax hoặc qua thư, vui lòng gọi cho chúng tôi để yêu cầu Mẫu kháng cáo và khiếu nại của Blue Shield TotalDual Plan. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho quý vị biết rằng chúng tôi đã nhận được thông báo về mối lo ngại của quý vị trong vòng 5 ngày theo lịch và cung cấp cho quý vị tên của người đang giải quyết vấn đề đó. Chúng tôi thường sẽ giải quyết trường hợp của quý vị trong vòng 30 ngày.
- Nếu quý vị yêu cầu "khiếu nại cấp tốc" vì chúng tôi quyết định không đưa ra "quyết định nhanh" hoặc "kháng cáo nhanh" cho quý vị, chúng tôi sẽ chuyển yêu cầu của quý vị đến giám đốc y khoa, người không liên quan đến quyết định ban đầu của chúng tôi. Chúng tôi có thể hỏi xem quý vị có thông tin bổ sung nào mà quý vị chưa có tại thời điểm yêu cầu "quyết định nhanh ban đầu" hoặc "kháng cáo nhanh" hay không. Giám đốc y khoa 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 cho quý vị một lá thư kèm theo quyết định của chúng tôi trong vòng 24 giờ kể từ khi quý vị yêu cầu "khiếu nại cấp tốc". Chúng tôi phải xử lý khiếu nại của quý vị nhanh chóng tùy theo tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không quá ba mươi 30 ngày sau khi nhận được khiếu nại của quý vị.

Bước 2: Điều trần khiếu nại

- Nếu quý vị không hài lòng với phương pháp giải quyết khiếu nại liên quan đến vấn đề chất lượng chăm sóc, quý vị có thể gửi yêu cầu bằng văn bản tới Bộ phận Kháng cáo và Khiếu nại của Blue Shield Medicare để điều trần khiếu nại. Trong vòng 31 ngày kể từ khi quý vị có yêu cầu bằng văn bản,



chúng tôi sẽ tập hợp một hội đồng để xét xử trường hợp của quý vị. Quý vị sẽ được mời tham dự phiên điều trần, bao gồm một bác sĩ không liên quan và một đại diện từ Ban Giải quyết Kháng cáo và Khiếu nại. Quý vị có thể tham dự trực tiếp hoặc qua hội nghị từ xa. Sau phiên điều trần, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư giải quyết vấn đề cuối cùng.

- Nếu quý vị không hài lòng với cách giải quyết khiếu nại không bao gồm chất lượng chăm sóc, chẳng hạn như thời gian chờ đợi, sự thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng hoặc mức độ sạch sẽ, quý vị có thể liên hệ với Bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan để yêu cầu xem xét bổ sung.

Thuật ngữ pháp lý cho “khiếu nại nhanh” là “than phiền cấp tốc”.

Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay lập tức. Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để khiếu nại, có thể là chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay tại cuộc điện thoại đó. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần chúng tôi trả lời nhanh chóng, thì chúng tôi sẽ làm như vậy.

- Chúng tôi trả lời hầu hết các khiếu nại trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 30 ngày theo lịch vì chúng tôi cần thêm thông tin, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi cũng cung cấp thông tin cập nhật trạng thái và thời gian ước tính để quý vị nhận được câu trả lời.
- Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu của quý vị về “quyết định bảo hiểm nhanh” hoặc “kháng cáo nhanh”, chúng tôi sẽ tự động cấp cho quý vị “khiếu nại nhanh” và phản hồi khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.
- Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi mất thêm thời gian để đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo, chúng tôi sẽ tự động gửi cho quý vị “khiếu nại nhanh” và trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.

Nếu chúng tôi không đồng ý với một số hoặc tất cả khiếu nại của quý vị chúng tôi sẽ báo cho quý vị và đưa ra các lý do cho quý vị biết. Chúng tôi phải phản hồi cho dù chúng tôi có đồng ý với khiếu nại đó hay không.

K3. Khiếu nại bên ngoài

Medicare

Quý vị có thể cho Medicare biết về khiếu nại của quý vị và gửi khiếu nại cho Medicare. Mẫu đơn khiếu nại của Medicare có tại: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Quý vị không cần phải nộp đơn khiếu nại với Blue Shield TotalDual Plan trước khi nộp đơn khiếu nại với Medicare.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Medicare tiếp nhận đơn khiếu nại của quý vị một cách nghiêm túc và sẽ sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng chương trình của Medicare.

Nếu quý vị có bất kỳ phản hồi hay lo ngại nào khác, hoặc nếu quý vị cảm thấy chương trình không giải quyết được vấn đề của quý vị, vui lòng gọi đến 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048. Cuộc gọi này miễn phí.

Medi-Cal

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên Thanh tra Bảo vệ Quyền lợi Hội viên Quản lý Chăm sóc Medi-Cal của Ban Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe (DHCS) California bằng cách gọi cho số 1-888-452-8609. Người dùng TTY có thể gọi 711. Quý vị có thể gọi trong khoảng thời gian từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên **Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe (DMHC) California**. DMHC có trách nhiệm quy định và kiểm soát các chương trình bảo hiểm sức khỏe. Quý vị có thể gọi cho Trung tâm Trợ giúp của DMHC để được trợ giúp khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal. Đối với các vấn đề không khẩn cấp, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên DMHC nếu quý vị không đồng ý với quyết định trong kháng cáo Cấp 1 của mình hoặc nếu chương trình không giải quyết khiếu nại của quý vị sau 30 ngày. Tuy nhiên, quý vị có thể liên hệ với DMHC mà không cần nộp đơn kháng cáo Cấp 1 nếu quý vị cần trợ giúp giải quyết khiếu nại liên quan đến vấn đề khẩn cấp hoặc vấn đề liên quan đến mối đe dọa nghiêm trọng và ngay lập tức đối với sức khỏe của quý vị, nếu quý vị bị đau nặng, nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình của chúng tôi về khiếu nại của quý vị hoặc nếu chương trình của chúng tôi không giải quyết khiếu nại của quý vị sau 30 ngày.

Sau đây là hai cách để nhận sự trợ giúp từ Trung tâm Trợ giúp:

- Gọi số 1-888-466-2219. Những người bị điếc, lãng tai hoặc khiếm ngôn có thể sử dụng số điện thoại miễn phí TTY, 1-877-688-9891. Cuộc gọi này miễn phí.
- Truy cập trang web của Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe (www.dmhc.ca.gov).

Văn phòng Dân quyền (OCR)

Quý vị có thể khiếu nại lên OCR của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (HHS) nếu quý vị cho rằng mình 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 OCR là 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-537-7697. Để biết thêm thông tin, vui lòng vào trang www.hhs.gov/ocr.



Quý vị cũng có thể liên hệ với văn phòng OCR địa phương tại:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Trung tâm Dịch vụ khách hàng: (800) 368-1019
Fax: (202) 619-3818
TTY: (800) 537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

Quý vị cũng có thể có các quyền theo Đạo luật Người Mỹ Khuyết tật (ADA) và theo Đạo luật Sửa đổi Năm 2008 (P.L. 110-325). Quý vị có thể liên hệ với Chương trình Thanh tra Bảo vệ Quyền lợi Hội viên Medi-Cal để được hỗ trợ. Số điện thoại là 1-888-452-8609.

QIO

Khi quý vị khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc, quý vị cũng có thêm hai lựa chọn:

- Quý vị có thể khiếu nại về chất lượng chăm sóc với QIO.
- Quý vị có thể khiếu nại với QIO và chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị khiếu nại với QIO, chúng tôi sẽ làm việc với họ để giải quyết khiếu nại của quý vị.

QIO là một nhóm bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính quyền Liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc được cung cấp cho các bệnh nhân có bảo hiểm Medicare. Để tìm hiểu thêm về QIO, hãy tham khảo **Phần H2** hoặc tham khảo **Chương 2** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

Tại California, QIO được gọi là Livanta. Số điện thoại cho Livanta là (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668].

Chương 10: Chấm dứt 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 với chương trình của chúng tôi và các lựa chọn bảo hiểm sức khỏe của quý vị sau khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi. Quý vị sẽ vẫn tham gia các chương trình Medicare và Medi-Cal miễn là quý vị hội đủ điều kiện. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Cẩm Nang Hội Viên*.

Mục lục

A. Khi nào quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi.....	266
B. Cách kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi.....	267
C. Cách nhận dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt.....	268
C1. Các dịch vụ Medicare của quý vị.....	268
C2. Dịch vụ Medi-Cal của quý vị.....	272
D. Các vật dụng, dịch vụ và thuốc y tế của quý vị cho đến khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc.....	273
E. Các tình huống khác khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc.....	273
F. Các nguyên tắc không cho phép chúng tôi yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe.....	275
G. Quý vị có quyền khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.....	275
H. Quý vị có thể nhận thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách hội viên chương trình của quý vị ở đâu?.....	275



A. Khi nào quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

Hầu hết những người có Medicare có thể kết thúc tư cách hội viên của họ vào những thời điểm nhất định trong năm. Bởi vì quý vị có Medi-Cal, quý vị có một số lựa chọn để kết thúc tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi bất kỳ tháng nào trong năm.

Ngoài ra, quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi trong các giai đoạn sau mỗi năm:

- **Giai đoạn đăng ký hàng năm** kéo dài từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Nếu quý vị chọn một chương trình mới trong thời gian này, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ 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.
- **Giai đoạn Tiếp nhận Đăng ký của Medicare Advantage (MA)**, kéo dài từ ngày 1 tháng 1 đến 31 tháng 3 và cũng dành cho những người thụ hưởng Medicare mới đăng ký tham gia một chương trình, từ tháng được quyền tham gia Phần A và Phần B cho đến ngày cuối cùng của tháng thứ 3 được quyền tham gia. Nếu quý vị chọn một chương trình mới trong khoảng thời gian này, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

Có thể có những tình huống khác khi quý vị hội đủ điều kiện để thực hiện thay đổi đối với việc tham gia của mình. Ví dụ khi:

- quý vị đã chuyển ra khỏi khu vực phục vụ của chúng tôi,
- tính hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal hoặc Trợ giúp bổ xung của quý vị đã thay đổi, hoặc
- nếu quý vị mới chuyển đến, hiện đang được chăm sóc hoặc vừa chuyển ra khỏi cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn.

Tư cách hội viên của quý vị sẽ kết thúc vào ngày cuối cùng trong tháng mà 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 thì bảo hiểm của quý vị với chương trình của chúng tôi sẽ kết thúc vào ngày 31 tháng 1. Bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo (trong ví dụ này là ngày 1 tháng 2).

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể nhận được thông tin về:

- Các lựa chọn Medicare trong bảng ở **Phần C1**.
- Các lựa chọn và dịch vụ Medi-Cal trong **Phần C2**.

Quý vị có thể nhận thêm thông tin về cách chấm dứt tư cách hội viên của mình bằng cách gọi: Dịch vụ Khách hàng theo số ở cuối trang này. Số điện thoại cho người dùng TTY cũng có ở đây.

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Gọi cho Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn Bảo hiểm Sức khỏe (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP. Health Care Options theo số 1-844-580-7272, thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi tới số 1-800-430-7077.
- Thanh tra Bảo vệ Quyền lợi Hội viên Quản lý Chăm sóc Medi-Cal theo số 1-888-452-8609, thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều hoặc gửi email MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

LƯU Ý: Nếu quý vị đang tham gia chương trình quản lý thuốc (DMP), quý vị có thể không thay đổi được các chương trình. Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* để biết thông tin về các chương trình quản lý thuốc.

B. Cách kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi

Nếu quyết định chấm dứt tư cách thành viên, quý vị có thể đăng ký tham gia một chương trình Medicare khác hoặc chuyển sang Original Medicare. Tuy nhiên, nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang chương trình Original Medicare mà chưa chọn một chương trình bảo hiểm thuốc theo toa Medicare riêng, quý vị phải yêu cầu được hủy đăng ký khỏi chương trình của chúng tôi. Có hai cách để quý vị có thể yêu cầu được hủy đăng ký:

- Quý vị có thể gửi yêu cầu bằng văn bản cho chúng tôi. Liên hệ với Dịch vụ Khách hàng theo số ở cuối trang này nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện việc này.
- Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY (những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói) nên gọi số 1-877-486-2048. Khi gọi 1-800-MEDICARE, quý vị cũng có thể

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



đăng ký vào một chương trình thuốc hoặc y tế Medicare khác. Có thêm thông tin về việc nhận các dịch vụ của Medicare dành cho quý vị khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi tại bảng ở trang 242.

- Hãy gọi tới Health Care Options theo số 1-844-580-7272, từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi tới 1-800-430-7077.
- Phần C bên dưới bao gồm các bước mà quý vị có thể thực hiện để đăng ký vào một chương trình khác, điều này cũng sẽ chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

C. Cách nhận dịch vụ Medicare và Medi-Cal riêng biệt

Quý vị có các lựa chọn về việc nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal nếu quý vị chọn rời khỏi chương trình của chúng tôi.

C1. Các dịch vụ Medicare của quý vị

Quý vị có ba phương án nhận các dịch vụ Medicare được liệt kê bên dưới bất kỳ tháng nào trong năm. Quý vị có một lựa chọn bổ sung được liệt kê dưới đây trong một số thời điểm nhất định trong năm bao gồm **Giai đoạn đăng ký hàng năm** và **Giai đoạn tiếp nhận đăng ký Medicare Advantage** hoặc các tình huống khác được mô tả trong **Phần A**. Bằng cách chọn một trong các lựa chọn này, quý vị sẽ tự động kết thúc tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi.



1. Quý vị có thể chuyển sang:

Chương trình Medicare Medi-Cal (Chương trình Medi-Medi) là một loại chương trình Medicare Advantage. Chương trình này dành cho những người có cả Medicare và Medi-Cal và kết hợp các quyền lợi Medicare và Medi-Cal vào một chương trình. Các Chương trình Medi-Medi điều phối tất cả các quyền lợi và dịch vụ trên cả hai chương trình, bao gồm tất cả các dịch vụ được bảo hiểm của Medicare và Medi-Cal.

Lưu ý: Thuật ngữ Chương trình Medi-Medi là tên của các chương trình nhu cầu đặc biệt hội đủ tiêu chuẩn cho cả hai chương trình (D-SNP) được tích hợp ở California.

Sau đây là những việc cần làm:

Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Đối với các thắc mắc về Chương trình Chăm sóc toàn diện cho Người cao tuổi (PACE), hãy gọi 1-855-921-PACE (7223).

Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc cần thêm thông tin:

- Gọi cho Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn Bảo hiểm Sức khỏe (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.

HOẶC

Đăng ký tham gia một Chương trình Medi-Medi mới.

Quý vị sẽ tự động được hủy đăng ký khỏi chương trình Medicare của chúng tôi khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.

Chương trình Medi-Cal của quý vị sẽ thay đổi để phù hợp với Chương trình Medi-Medi của quý vị.

2. Quý vị có thể chuyển sang: Original Medicare có chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt	Sau đây là những việc cần làm: Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc cần thêm thông tin: Gọi cho Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn Bảo hiểm Sức khỏe (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. HOẶC Đăng ký tham gia một chương trình thuốc theo toa Medicare mới. Quý vị sẽ tự động bị hủy đăng ký khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu.
--	--



3. Quý vị có thể chuyển sang:

Original Medicare không kèm theo chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt

LƯU Ý: Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không đăng ký tham gia một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt, thì Medicare có thể đăng ký cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị cho Medicare biết rằng quý vị không muốn tham gia.

Quý vị chỉ nên hủy bảo hiểm thuốc theo toa nếu quý vị nhận được bảo hiểm thuốc từ một nguồn khác như hãng sở hoặc công đoàn. Nếu quý vị có thắc mắc về việc liệu quý vị có cần bảo hiểm thuốc hay không, hãy gọi cho Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn Bảo hiểm Sức khỏe (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc để tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.

Sau đây là những việc cần làm:

Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc cần thêm thông tin:

- Gọi cho Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn Bảo hiểm Sức khỏe (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.

Quý vị sẽ tự động bị hủy đăng ký khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu.



4. Quý vị có thể chuyển sang: Bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare nào trong một số thời điểm nhất định trong năm bao gồm Giai đoạn đăng ký hàng năm và Giai đoạn tiếp nhận đăng ký Medicare Advantage hoặc các tình huống khác được mô tả trong Phần A.	Sau đây là những việc cần làm: Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Đối với các thắc mắc về Chương trình Chăm sóc toàn diện cho Người cao tuổi (PACE), hãy gọi 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc cần thêm thông tin: Gọi cho Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn Bảo hiểm Sức khỏe (HICAP) California theo số 1-800-434-0222, thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/. HOẶC Đăng ký tham gia một chương trình Medicare mới. Quý vị sẽ tự động được hủy đăng ký khỏi chương trình Medicare của chúng tôi khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu. Chương trình Medi-Cal của quý vị có thể thay đổi.
--	---

C2. Dịch vụ Medi-Cal của quý vị

Đối với các câu hỏi về cách nhận các dịch vụ Medi-Cal hoặc sau khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, hãy liên hệ Health Care Options theo số 1-844-580-7272, thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077. Hỏi xem việc tham gia một chương trình khác hoặc quay trở lại Original Medicare ảnh hưởng như thế nào đến cách quý vị nhận được bảo hiểm Medi-Cal của mình.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

D. Các vật dụng, dịch vụ và thuốc y tế 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 thể mất chút thời gian trước khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt và bảo hiểm Medi-Cal và Medicare mới của quý vị bắt đầu. Trong thời gian này, quý vị tiếp tục nhận được thuốc theo toa và dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi chương trình mới của quý vị bắt đầu.

- Sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống của chúng tôi để nhận được dịch vụ chăm sóc y tế.
- Sử dụng các nhà thuốc trong hệ thống của chúng tôi, bao gồm cả thông qua các dịch vụ nhà thuốc giao hàng tại nhà của chúng tôi để mua thuốc theo toa.
- Nếu quý vị nhập viện vào ngày tư cách hội viên của quý vị trong Blue Shield TotalDual Plan kết thúc, chương trình của chúng tôi sẽ bảo hiểm cho thời gian nằm viện của quý vị cho đến khi quý vị xuất viện. Điều này sẽ xảy ra ngay cả khi bảo hiểm y tế mới của quý vị bắt đầu trước 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

Đây là những trường hợp khi chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi:

- Có thời gian gián đoạn trong bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B của quý vị.
- Quý vị không còn hội đủ điều kiện cho Medi-Cal Chương trình của chúng tôi dành cho những người đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medi-Cal. Lưu ý: nếu quý vị không còn đủ điều kiện nhận Medi-Cal, quý vị có thể tạm thời tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi với các quyền lợi Medicare, vui lòng xem thông tin bên dưới về thời hạn từ chối.
 - Những người thụ hưởng Medicare đăng ký tham gia Blue Shield TotalDual Plan phải hội đủ điều kiện nhận cả Medicare Phần A và Phần B và Medi-Cal (Medicaid). Nếu quý vị không còn đủ điều kiện nhận Medi-Cal (Medicaid), chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về việc mất trạng thái Medi-Cal (Medicaid) và chúng tôi sẽ tiếp tục bảo hiểm các quyền lợi Medicare của quý vị cho đến khi quý vị có thể tái hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal (Medicaid) trong vòng 6 tháng tiếp theo sau khi có thông báo mất tình trạng nhu cầu đặc biệt. Quý vị có thể thấy chi phí tự chi trả tăng lên (đồng bảo hiểm, đồng trả, phí bảo hiểm hoặc khoản khấu trừ) trong 6 tháng quý vị vẫn tham gia chương trình nhưng không có bảo hiểm Medi-Cal.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Chúng tôi mở rộng cơ hội chuyển sang một trong các chương trình D-SNP không phải HMO của chúng tôi. Chương trình D-SNP không phải HMO được cung cấp cho những người thụ hưởng được hưởng cả Medicare Phần A và Medicare Phần B, nhưng không có quyền lợi Medi-Cal (Medicaid). Medicare cho phép có Giai đoạn ghi danh đặc biệt (SEP) dành cho những người thụ hưởng Medicare không còn hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal (Medicaid).
- Nếu quý vị không đủ điều kiện trở lại nhận Medi-Cal (Medicaid) hoặc chấp nhận cơ hội chuyển sang chương trình D-SNP không phải HMO trong vòng 6 tháng sau khi thông báo mất trạng thái nhu cầu đặc biệt, quý vị sẽ tự nguyện hủy đăng ký khỏi Blue Shield TotalDual Plan.
- Nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực phục vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị không ở trong khu vực phục vụ của chúng tôi trong vòng hơn sáu tháng.
 - Nếu quý vị chuyển đi hoặc đi nghỉ dài ngày, quý vị cần gọi cho Dịch vụ Khách hàng để tìm hiểu xem địa điểm mà quý vị đang chuyển đến hoặc đi đến có thuộc khu vực phục vụ của chúng tôi hay không.
- Nếu quý vị vào tù ngắn hạn hoặc dài hạn vì một tội hình sự.
- Nếu quý vị nói dối hoặc che giấu thông tin về bảo hiểm khác mà quý vị có đối với thuốc theo toa.
- Nếu quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc không cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ.
 - Quý vị phải là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ để trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi.
 - Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) sẽ thông báo cho chúng tôi nếu quý vị không đủ điều kiện để tiếp tục là hội viên trên cơ sở này.
 - Chúng tôi phải hủy đăng ký nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

Chúng tôi có thể buộc quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì những lý do sau đây chỉ khi chúng tôi nhận được sự cho phép trước từ Medicare và Medi-Cal:

- Nếu quý vị cố tình cung cấp thông tin sai cho chúng tôi khi quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi và thông tin đó ảnh hưởng đến tính đủ tiêu chuẩn của quý vị để được tham gia chương trình của chúng tôi.



- Nếu quý vị tiếp tục hành xử theo cách gây rối và gây khó khăn cho chúng tôi khi cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và các hội viên khác trong chương trình của chúng tôi.
- Nếu quý vị để người khác sử dụng thẻ ID Hội viên của quý vị để nhận dịch vụ chăm sóc y tế. (Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh tra điều tra trường hợp của quý vị nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị vì lý do này).

F. Các nguyên tắc không cho phép chúng tôi yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe

Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do gì liên quan đến sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do liên quan đến sức khỏe, **hãy gọi cho Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.

G. Quý vị có quyền khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi phải thông báo cho quý vị bằng văn bản về lý do chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải giải thích cách quý vị có thể nộp than phiền hoặc khiếu nại về quyết định của chúng tôi trong việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Quý vị cũng có thể tham khảo **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* để biết thông tin về cách tiến hành khiếu nại.

H. Quý vị có thể nhận thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách hội viên chương trình của quý vị ở đâu?

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn biết thêm thông tin về việc chấm dứt tư cách hội viên của mình, quý vị có thể gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số ở cuối trang này.



Chương 11: Thông báo pháp lý

Giới thiệu

Chương này bao gồm các thông báo pháp lý áp dụng cho tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối của *Cẩm Nang Hội Viên*.

Mục lục

A. Thông báo về các luật.....	277
B. Thông báo về việc không phân biệt đối xử	277
C. Thông báo về Medicare là bên thanh toán thứ hai và Medi-Cal là bên thanh toán cuối cùng.....	278
D. Thông báo về thu hồi tài sản Medi-Cal.....	279
E. Quản lý <i>Cẩm Nang Hội Viên</i>	279
F. Sự hợp tác của hội viên	279
G. Chuyển nhượng	279
H. Trách nhiệm của chủ lao động	279
I. Trách nhiệm của cơ quan chính phủ.....	280
J. Bộ Cựu Chiến Binh Hoa Kỳ.....	280
K. Bồi thường cho người lao động hoặc quyền lợi trách nhiệm pháp lý của chủ lao động.....	280
L. Thu hồi khoản thanh toán vượt mức.....	280
M. Khi một bên thứ ba gây thương tích cho quý vị	280
N. Thông báo về việc tham gia Trao đổi thông tin sức khỏe	282
O. Báo cáo gian lận, hoang phí và lạm dụng	282

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



A. Thông báo về các luật

Có nhiều luật áp dụng cho *Cẩm Nang Hội Viên* này. Những luật này có thể ảnh hưởng đến quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi các luật không được bao gồm hoặc giải thích trong *Cẩm Nang Hội Viên* này. Các luật chính áp dụng là các luật của liên bang và tiểu bang về các chương trình Medicare và Medi-Cal. Các luật khác của tiểu bang và liên bang cũng có thể áp dụng.

B. Thông báo về việc không phân biệt đối xử

Chúng tôi không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, sắc tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới, giới tính, tuổi tác, xu hướng giới tính, tình trạng khuyết tật về tâm thần hoặc thể chất, tình trạng sức khỏe, quá trình yêu cầu bảo hiểm trước đây, bệnh sử, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng có thể bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực phục vụ. Ngoài ra, chúng tôi không phân biệt đối xử, loại trừ mọi người hoặc đối xử khác biệt với họ vì lý do tổ tiên, nhận dạng nhóm dân tộc, nhân dạng giới tính, tình trạng hôn nhân hoặc tình trạng y tế.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc có lo ngại về sự phân biệt đối xử hoặc đối xử không công bằng:

- Hãy gọi đến Văn phòng Dân quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ 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 Ban Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe, Văn phòng Dân quyền theo số 916-440-7370. Người dùng TTY có thể gọi 711 (Dịch vụ chuyển tiếp viễn thông). Nếu quý vị cho rằng mình đã bị phân biệt đối xử và muốn nộp đơn than phiền về sự phân biệt đối xử, hãy liên lạc:
 - Gửi email đến: CivilRights@dhcs.ca.gov
 - Điền đơn khiếu nại hoặc viết thư gửi về:

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 đơn khiếu nại có tại: dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Nếu khiếu nại về phân biệt đối xử trong chương trình Medi-Cal, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại cho Ban Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe, Văn phòng Dân quyền qua điện thoại, gửi thư hoặc phương thức điện tử:

- Bằng điện thoại: Gọi số 916-440-7370. Nếu quý vị không thể nói hay nghe tốt, vui lòng gọi 711 (Dịch vụ chuyển tiếp viễn thông).
- Bằng văn bản: Điền đơn khiếu nại hoặc viết thư gửi về:

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 đơn khiếu nại có sẵn tại

www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Phương thức điện tử: Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov.

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần trợ giúp để tiếp cận các dịch vụ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng. Nếu quý vị có khiếu nại, ví dụ như vấn đề với việc tiếp cận dành cho xe lăn, Dịch vụ Khách hàng có thể trợ giúp.

C. Thông báo về Medicare là bên thanh toán thứ hai và Medi-Cal là bên thanh toán cuối cùng

Đôi khi người nào đó phải thanh toán đầu tiên cho các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho quý vị. Ví dụ: nếu quý vị gặp tai nạn ô tô hoặc nếu quý vị bị thương tại nơi làm việc, bảo hiểm hoặc Bồi Thường Cho Người Lao Động phải thanh toán trước.

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu chi phí các dịch vụ Medicare được bảo hiểm mà Medicare không phải là bên thanh toán đầu tiên.

Chúng tôi tuân theo luật pháp của liên bang và tiểu bang và các quy định liên quan đến trách nhiệm pháp lý của các bên thứ ba đối với các dịch vụ chăm sóc y tế cho hội viên. Chúng tôi sẽ thực hiện tất cả các biện pháp phù hợp nhằm đảm bảo chương trình Medi-Cal là bên thanh toán cuối cùng.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



D. Thông báo về thu hồi tài sản Medi-Cal

Chương trình Medi-Cal phải yêu cầu hoàn trả từ tài sản được chứng thực di chúc của một số hội viên đã qua đời cho các quyền lợi Medi-Cal nhận được vào hoặc sau ngày sinh nhật thứ 55 của họ. Việc hoàn trả bao gồm phí theo dịch vụ và các khoản thanh toán lệ phí bảo hiểm theo chương trình quản lý chăm sóc/thanh toán theo đầu người cho các dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng, dịch vụ tại nhà và cộng đồng cũng như các dịch vụ liên quan đến bệnh viện và thuốc theo toa nhận được khi hội viên là bệnh nhân nội trú tại cơ sở điều dưỡng hoặc đang tiếp nhận dịch vụ tại nhà và dựa trên cộng đồng. Việc hoàn trả không được vượt quá giá trị tài sản được chứng thực của hội viên.

Để tìm hiểu thêm, hãy truy cập trang web thu hồi tài sản của Ban Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe tại www.dhcs.ca.gov/er hoặc gọi cho số 916-650-0590.

E. Quản lý Cẩm Nang Hội Viên

Chúng tôi có thể áp dụng các chính sách, thủ tục và cách diễn giải hợp lý để thúc đẩy việc quản lý *Cẩm Nang Hội Viên* này một cách có trật tự và hiệu quả.

F. Sự hợp tác của hội viên

Quý vị phải hoàn thành mọi đơn đăng ký, biểu mẫu, tuyên bố, thông báo, ủy quyền, biểu mẫu lưu giữ và bất kỳ tài liệu nào khác mà chúng tôi yêu cầu trong quá trình kinh doanh thông thường hoặc như được quy định trong *Cẩm Nang Hội Viên* này.

G. Chuyển nhượng

Quý vị không được chuyển nhượng *Cẩm Nang Hội Viên* này hoặc bất kỳ quyền, lợi ích, yêu cầu xin bồi hoàn nào về số tiền đến hạn, quyền lợi hoặc nghĩa vụ dưới đây mà không có sự đồng ý trước bằng văn bản của chúng tôi.

H. Trách nhiệm của chủ lao động

Đối với bất kỳ dịch vụ nào mà luật pháp yêu cầu chủ lao động 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 hồi giá trị của dịch vụ từ chủ lao động.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



I. Trách nhiệm của cơ quan chính phủ

Đối với bất kỳ dịch vụ nào mà luật pháp yêu cầu chỉ được cung cấp bởi hoặc nhận từ cơ quan chính phủ, chúng tôi sẽ không thanh toán cho cơ quan chính phủ đó và khi chúng tôi bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ nào như vậy, chúng tôi có thể thu hồi giá trị của dịch vụ từ cơ quan chính phủ.

J. Bộ Cựu Chiến Binh Hoa Kỳ

Đối với bất kỳ dịch vụ nào có điều kiện mà luật pháp yêu cầu Bộ Cựu Chiến Binh 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 hồi giá trị của các dịch vụ đó từ Bộ Cựu Chiến Binh.

K. Bồi thường cho người lao động hoặc quyền lợi trách nhiệm pháp lý của chủ lao động

Quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận các khoản thanh toán hoặc các quyền lợi khác theo luật bồi thường cho người lao động hoặc luật trách nhiệm pháp lý của chủ lao động. Chúng tôi sẽ cung cấp thuốc Phần D được bảo hiểm ngay cả khi không rõ liệu quý vị có được hưởng các quyền lợi hay không, nhưng chúng tôi có thể lấy lại giá trị của bất kỳ dịch vụ được bảo hiểm nào từ các nguồn sau:

1. Từ bất kỳ nguồn cung cấp quyền lợi nào hoặc từ người nhận được quyền lợi.
2. Từ quý vị, trong phạm vi một quyền lợi được cung cấp hoặc phải trả hoặc đáng lẽ phải được cung cấp hoặc phải trả nếu quý vị đã tích cực tìm cách thiết lập các quyền của mình đối với các quyền lợi theo bất kỳ luật bồi thường cho người lao động hoặc trách nhiệm pháp lý nào của chủ lao động.

L. Thu hồi khoản thanh toán vượt mức

Chúng tôi có thể thu hồi bất kỳ khoản thanh toán vượt mức nào mà chúng tôi thực hiện cho các dịch vụ từ bất kỳ ai nhận được khoản thanh toán vượt mức đó hoặc từ bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nào có nghĩa vụ thanh toán cho các dịch vụ.

M. Khi một bên thứ ba gây thương tích cho quý vị

Nếu quý vị bị thương hoặc trở nên bị bệnh do hành động hoặc sự thiếu sót của người khác ("bên thứ ba"), đối với các dịch vụ được yêu cầu do thương tích đó, Blue Shield sẽ cung cấp các Quyền lợi của Chương trình và có quyền công bằng để bồi thường, hoàn tiền lại hoặc biện

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



pháp khắc phục hiện có khác để thu hồi số tiền Blue Shield đã thanh toán cho Dịch vụ cung cấp cho quý vị từ bất kỳ khoản bồi thường nào (được định nghĩa bên dưới) do quý vị hoặc thay mặt quý vị, từ hoặc thay mặt bên thứ ba chịu trách nhiệm về thương tích hoặc bệnh tật hoặc bảo hiểm của người lái xe ô tô không có bảo hiểm/bảo hiểm dưới mức.

Quyền bồi thường, hoàn tiền lại hoặc biện pháp khắc phục sẵn có khác đi ngược lại bất kỳ sự phục hồi nào mà quý vị nhận được do thương tích hoặc bệnh tật, bao gồm mọi khoản tiền được trao hoặc nhận theo phán quyết của tòa án, phán quyết của trọng tài, giải quyết hoặc bất kỳ thỏa thuận nào khác, từ bất kỳ bên thứ ba nào hoặc công ty bảo hiểm bên thứ ba hoặc từ bảo hiểm cho người lái xe ô tô không có bảo hiểm hoặc được bảo hiểm dưới mức, liên quan đến bệnh tật hoặc thương tích (“Phục hồi”), bất kể quý vị đã được Phục hồi “toàn bộ” hay chưa. Quyền bồi thường, hoàn tiền lại hoặc biện pháp khắc phục sẵn có khác liên quan đến phần của tổng số tiền Thu hồi phải trả cho các Quyền lợi được thanh toán liên quan đến thương tích hoặc bệnh tật đó, được tính toán theo Khoản mục 3040 của Bộ luật Dân sự California.

Quý vị được yêu cầu:

1. Thông báo cho Blue Shield bằng văn bản về bất kỳ yêu cầu hoặc hành động pháp lý thực tế hoặc tiềm ẩn nào mà quý vị dự kiến sẽ thực hiện hoặc đã khởi kiện chống lại bên thứ ba phát sinh từ các hành vi hoặc thiếu sót bị cáo buộc gây ra thương tích hoặc bệnh tật, không muộn hơn 30 ngày sau khi gửi hoặc nộp yêu cầu bồi thường hoặc hành động pháp lý chống lại bên thứ ba; và,
2. Đồng ý hợp tác đầy đủ và thực hiện bất kỳ biểu mẫu hoặc tài liệu nào cần thiết để thực hiện quyền được bồi thường, hoàn tiền lại hoặc các biện pháp khắc phục sẵn có khác; và,
3. Đồng ý bằng văn bản hoàn trả cho Blue Shield các Quyền lợi do Blue Shield chi trả từ bất kỳ khoản Bồi thường nào khi Khoản Bồi thường được nhận từ hoặc thay mặt cho bên thứ ba hoặc công ty bảo hiểm của bên thứ ba hoặc từ bảo hiểm cho người lái xe ô tô không có bảo hiểm hoặc được bảo hiểm dưới mức; và,
4. Cung cấp quyền nắm giữ được tính theo Bộ luật Dân sự California khoản mục 3040. Quyền nắm giữ có thể được nộp cho bên thứ ba, đại diện hoặc luật sư của bên thứ ba hoặc tòa án, trừ khi pháp luật có quy định khác; và,
5. Định kỳ trả lời các yêu cầu cung cấp thông tin liên quan đến khiếu nại đối với bên thứ ba và thông báo cho Blue Shield bằng văn bản trong vòng mười (10) ngày sau khi nhận được bất kỳ khoản Bồi thường nào.

Việc quý vị không tuân thủ mục 1 đến 5 ở trên sẽ không có nghĩa là quý vị khước từ, miễn trừ và từ bỏ các quyền của Blue Shield dưới bất kỳ hình thức nào.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

N. Thông báo về việc tham gia Trao đổi thông tin sức khỏe

Blue Shield tham gia Trao đổi thông tin sức khỏe Manifest MedEx (“HIE”) cung cấp thông tin sức khỏe của các hội viên cho Manifest MedEx để các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được ủy quyền của họ truy cập. 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 bác sĩ, cơ sở chăm sóc sức khỏe, chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe và công ty bảo hiểm y tế đóng góp. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được chấp thuận (bao gồm bác sĩ, y tá và bệnh viện) có thể truy cập một cách an toàn thông tin sức khỏe của bệnh nhân 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 theo luật hiện hành về quyền riêng tư của tiểu bang và liên bang. Manifest MedEx sử dụng hệ thống bảo mật tiên tiến và 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 yêu cầu Manifest MedEx không chia sẻ thông tin sức khỏe của họ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của họ. Mặc dù việc chọn không tham gia Manifest MedEx có thể hạn chế khả năng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị truy cập nhanh thông tin chăm sóc sức khỏe quan trọng về quý vị, nhưng bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm quyền lợi chương trình bảo hiểm sức khỏe của hội viên sẽ không bị ảnh hưởng bởi việc chọn không tham gia Manifest MedEx. Không có bác sĩ hoặc bệnh viện nào tham gia Manifest MedEx sẽ từ chối chăm sóc y tế cho bệnh nhân chọn không tham gia Manifest MedEx HIE.

Các hội viên không muốn hiển thị thông tin chăm sóc sức khỏe của mình trong Manifest MedEx nên điền vào biểu mẫu trực tuyến tại <https://www.manifestmedex.org/opt-out> hoặc gọi cho Manifest MedEx theo số (888) 510-7142, 7 giờ sáng đến 7 giờ tối giờ PST, thứ Hai đến thứ Sáu. TTY: 711 dành cho người khiếm thính.

O. Báo cáo gian lận, hoang phí và lạm dụng

Gian lận, hoang phí và lạm dụng (FWA) là gì?

- **Gian lận** là hành vi cố ý trình bày sai có thể dẫn đến chi phí trái phép cho chương trình chăm sóc sức khỏe.
- **Hoang phí** là việc sử dụng không phù hợp quỹ hoặc nguồn lực chăm sóc sức khỏe mà không có nhu cầu chính đáng.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- **Lạm dụng** là một hành vi không phù hợp với các hoạt động y tế hoặc kinh doanh hợp lý, có thể trực tiếp hoặc gián tiếp gây ra những chi phí không cần thiết cho chương trình chăm sóc sức khỏe.

Bảo vệ bản thân và quyền lợi của quý vị

- Không bao giờ cung cấp các số An Sinh Xã Hội, Medicare hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc thông tin ngân hàng của quý vị cho người mà quý vị không biết.
- Không đồng ý với bất kỳ xét nghiệm nào nếu không có yêu cầu từ bác sĩ của quý vị.
- Việc nhận bất cứ thứ gì có giá trị để đổi lấy dịch vụ y tế là bất hợp pháp.

Cảnh giác với gian lận xét nghiệm di truyền

Những kẻ lừa đảo tiếp cận những người đăng ký cả tin tại các hội chợ y tế địa phương, cơ sở nhà ở dành cho người cao tuổi, trung tâm cộng đồng, 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 giả vờ hứa rằng Medicare sẽ thanh toán cho xét nghiệm và quý vị chỉ cần cung cấp tăm bông quẹt mẫu ở bên trong má, giấy tờ tùy thân và thông tin Medicare của mình để nhận kết quả xét nghiệm.

Thật không may, giờ đây những kẻ lừa đảo này đã có mã số chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc số Medicare của quý vị và chúng có thể gửi hóa đơn cho Medicare hàng nghìn 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 vụ tình nghi gian lận, hoang phí và lạm dụng

- **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 nên gọi 1-877-486-2048).

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Chương 12: Định nghĩa về các từ quan trọng

Giới thiệu

Chương này bao gồm các thuật ngữ chính được sử dụng trong *Cẩm Nang Hội Viên* cùng với định nghĩa của chúng. Các thuật ngữ được liệt kê theo thứ tự bảng chữ cái. Nếu quý vị không thể tìm thấy thuật ngữ quý vị đang tìm kiếm hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin bên ngoài định nghĩa, hãy liên hệ với Dịch vụ Khách hàng.

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL): Là những việc mà mọi người thường thực hiện trong một ngày bình thường, như ăn uống, đi vệ sinh, mặc quần áo, tắm rửa hoặc đánh răng.

Thẩm phán luật hành chính: Một thẩm phán xem xét kháng cáo cấp 3.

Chương trình hỗ trợ thuốc điều trị bệnh AIDS (ADAP,): Một chương trình giúp những cá nhân hội đủ điều kiện sống chung với HIV/AIDS được tiếp cận với các loại thuốc điều trị HIV duy trì cuộc sống.

Trung tâm giải phẫu ngoại trú: Cơ sở phẫu thuật ngoại trú phục vụ bệnh nhân không cần dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện và được dự kiến không cần dịch vụ chăm sóc quá 24 giờ.

Kháng cáo: Một cách để quý vị không thừa nhận hành động của chúng tôi nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã làm sai. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm bằng cách nộp đơn kháng cáo. **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* giải thích về kháng cáo, bao gồm cả cách kháng cáo.

Sức khỏe hành vi: Một thuật ngữ chung chỉ sức khỏe tâm thần và rối loạn sử dụng chất kích thích.

Sản phẩm sinh học: Thuốc theo toa được sản xuất từ các nguồn tự nhiên và còn sống như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn hoặc nấm men. Các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc khác và không thể sao chép được chính xác, vì vậy các dạng thay thế được gọi là sản phẩm sinh học tương tự. (Xem thêm “Sản phẩm sinh học ban đầu” và “Sản phẩm sinh học tương tự”).

Sản phẩm sinh học tương tự: Một loại sản phẩm sinh học tương tự, nhưng không giống hệt với sản phẩm sinh học ban đầu. Sản phẩm sinh học tương tự an toàn và hiệu quả như sản phẩm sinh học gốc. Một số sản phẩm sinh học tương tự có thể thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới. (Xem “Sản phẩm sinh học tương tự có thể thay đổi”).

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Thuốc biệt dược: Thuốc theo toa được sản xuất và bán bởi công ty đã sản xuất ra loại thuốc đó lúc ban đầu. Thuốc biệt dược có cùng các thành phần như phiên bản thuốc gốc của loại thuốc đó. Thuốc gốc được sản xuất và bán bởi các công ty thuốc khác.

Điều phối viên chăm sóc: Một nhân viên chính làm việc với quý vị, với chương trình bảo hiểm sức khỏe và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị để đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

Kế hoạch chăm sóc: Tham khảo “Chương trình Chăm sóc Cá nhân”.

Dịch vụ tùy chọn trong kế hoạch chăm sóc (CPO): Các dịch vụ bổ sung tùy chọn trong Chương trình Chăm sóc Cá nhân (ICP) của quý vị. Các dịch vụ này không nhằm mục đích thay thế các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn mà quý vị được phép nhận trong Medi-Cal.

Nhóm chăm sóc: Tham khảo “Ban Chăm sóc Đa khoa”.

Trung tâm dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS): Cơ quan liên bang phụ trách Medicare. **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* giải thích cách liên hệ với CMS.

Dịch vụ dành cho người lớn trong cộng đồng (CBAS) Chương trình dịch vụ tại cơ sở dành cho bệnh nhân ngoại trú, cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ xã hội, các biện pháp trị liệu chức năng hoạt động và trị liệu âm ngữ, dịch vụ chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ người chăm sóc/gia đình, dịch vụ dinh dưỡng, dịch vụ chuyên chở và các dịch vụ khác dành cho hội viên đủ điều kiện đáp ứng được các tiêu chí đủ điều kiện hiện hành.

Khiếu nại: Tuyên bố bằng văn bản hoặc lời nói cho biết quý vị gặp vấn đề hoặc có mối lo ngại về việc chăm sóc hoặc các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị. Khiếu nại này bao gồm bất kỳ mối lo ngại nào về chất lượng dịch vụ, chất lượng chăm sóc, các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống hoặc các nhà thuốc trong hệ thống của chúng tôi. Tên chính thức cho “tiến hành khiếu nại” là “nộp đơn than phiền.”

Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF): Một 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 một loạt các dịch vụ, bao gồm vật lý trị liệu, các dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, hô hấp trị liệu, trị liệu về chức năng hoạt động, trị liệu âm ngữ và các dịch vụ đánh giá môi trường tại nhà.

Đồng trả: Khoản tiền cố định quý vị phải thanh toán cho phần chia sẻ chi phí của mình mỗi khi quý vị nhận được một số dịch vụ hoặc thuốc theo toa nhất định. Ví dụ: quý vị có thể thanh toán \$2 hoặc \$5 cho một dịch vụ hoặc thuốc theo toa.

Chia sẻ chi phí: Khoản tiền quý vị phải thanh toán khi nhận được một số dịch vụ hoặc thuốc theo toa. Chia sẻ chi phí bao gồm các khoản đồng trả.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Bậc chia sẻ chi phí: Một nhóm thuốc có mức tiền đồng trả như nhau. Mọi loại thuốc có trong *Danh sách thuốc được bảo hiểm* (còn được gọi là Danh sách thuốc) đều thuộc một trong năm bậc chia sẻ chi phí. Thông thường, bậc chia sẻ chi phí càng cao, chi phí thuốc của quý vị càng cao.

Quyết định bảo hiểm: Một quyết định về các quyền lợi mà chúng tôi bảo hiểm. Quyết định này bao gồm các quyết định về thuốc và các dịch vụ được bảo hiểm hoặc khoản tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ y tế của quý vị. **Chương 9** của *Cẩm Nang Hội Viên* giải thích cách yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm.

Thuốc được bảo hiểm: Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các loại thuốc theo toa và thuốc không kê toa (OTC) được chương trình của chúng tôi bảo hiểm.

Dịch vụ được bảo hiểm: Thuật ngữ chung chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, vật tư, thuốc theo toa và thuốc không cần toa, thiết bị và các dịch vụ khác được chương trình của chúng tôi bảo hiểm.

Đào tạo năng lực văn hóa: Chương trình đào tạo cung cấp hướng dẫn bổ sung cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi nhằm giúp họ hiểu rõ hơn về nguồn gốc xuất xứ, giá trị và niềm tin của quý vị để điều chỉnh các dịch vụ nhằm đáp ứng nhu cầu xã hội, văn hóa và ngôn ngữ của quý vị.

Dịch vụ Khách hàng: Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm trả lời các câu hỏi của quý vị về tư cách hội viên, quyền lợi, khiếu nại và kháng cáo. Để biết thêm thông tin về Dịch vụ Khách hàng, hãy tham khảo **Chương 2** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

Ban Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe (DHCS): Cơ quan tiểu bang ở California quản lý Chương trình Medicaid (được gọi là Medi-Cal).

Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe (DMHC): Cơ quan thuộc tiểu bang California chịu trách nhiệm quy định và kiểm soát các chương trình bảo hiểm y tế. DMHC giúp mọi người kháng cáo và khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal. DMHC cũng thực hiện Duyệt xét y tế độc lập (IMR).

Hủy bỏ tham gia: Quy trình chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Việc hủy bỏ tham gia có thể là tự nguyện (lựa chọn của chính quý vị) hoặc không tự nguyện (không phải lựa chọn của chính quý vị).

Chương trình quản lý thuốc (DMP): Một chương trình giúp đảm bảo các hội viên sử dụng thuốc opioid theo toa một cách an toàn và các loại thuốc thường xuyên bị lạm dụng khác.

Bậc thuốc: Các nhóm thuốc trong Danh sách thuốc của chúng tôi. Thuốc gốc, thuốc biệt dược hoặc thuốc mua không cần toa (OTC) là những ví dụ về bậc thuốc. Mọi loại thuốc có trong Danh sách thuốc của chương trình đều thuộc một trong năm bậc.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Hội đủ Tiêu chuẩn cho cả Hai Chương trình

(D-SNP): Chương trình bảo hiểm sức khỏe phục vụ những cá nhân hội đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid. Chương trình của chúng tôi là D-SNP.

Thiết bị y tế lâu bền (DME): Một số vật dụng mà bác sĩ đặt hàng để sử dụng tại nhà riêng của quý vị. Các vật dụng này bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở: xe lăn, nạng, hệ thống nệm chạy điện, vật tư bệnh tiểu đường, giường bệnh viện theo chỉ định của nhà cung cấp dịch vụ để sử dụng tại nhà, bơm tiêm truyền qua đường tĩnh mạch, máy phát ra tiếng nói, thiết bị tạo oxy và vật tư, máy xông khí dung và khung tập đi.

Cấp cứu: Cấp cứu y tế là khi quý vị, hoặc bất kỳ người nào khác có hiểu biết bình thường về sức khỏe và thuốc, tin rằng quý vị có các triệu chứng y khoa cần được chăm sóc y tế ngay lập tức nhằm ngăn ngừa tử vong, mất một bộ phận cơ thể, hoặc mất hoặc suy yếu nghiêm trọng chức năng của cơ thể (và nếu quý vị là phụ nữ mang thai, mất em bé chưa sinh). Các triệu chứng y khoa có thể là bệnh tật, chấn thương, đau đớn dữ dội hoặc tình trạng bệnh lý đang nhanh chóng trở nên tồi tệ.

Chăm sóc cấp cứu: Các dịch vụ được bảo hiểm do nhà cung cấp dịch vụ đã được đào tạo cung cấp các dịch vụ cấp cứu và cần thiết để điều trị một trường hợp cấp cứu về sức khỏe hành vi hoặc y tế.

Trường hợp ngoại lệ: Sự cho phép nhận bảo hiểm cho một loại thuốc mà thông thường không được bảo hiểm hoặc sử dụng một loại thuốc mà không có các quy tắc và giới hạn nhất định.

Dịch vụ bị loại trừ: Các dịch vụ không được chương trình bảo hiểm sức khỏe này bảo hiểm.

Trợ giúp bổ sung: Chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D, chẳng hạn như lệ phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và khoản đồng trả. Trợ giúp bổ sung còn được gọi là “Trợ cấp cho người có thu nhập thấp”, hay “LIS.”

Thuốc gốc: Thuốc theo toa được chính phủ liên bang chấp thuận để sử dụng thay thế thuốc biệt dược. Thuốc gốc có cùng các thành phần như thuốc biệt dược. Thuốc gốc thường rẻ hơn và có tác dụng tốt tương đương với thuốc biệt dược.

Khiếu nại: Một khiếu nại quý vị đưa ra về chúng tôi hoặc một trong các nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà thuốc trong hệ thống của chúng tôi. Điều này bao gồm khiếu nại về chất lượng chăm sóc cho quý vị hoặc chất lượng dịch vụ do chương trình bảo hiểm y tế của quý vị cung cấp.

Chương trình Bảo vệ Quyền lợi và Tư vấn Bảo hiểm Sức khỏe (HICAP): Một chương trình cung cấp thông tin khách quan và miễn phí, cũng như tư vấn về Medicare.

Chương 2 của *Cẩm Nang Hội Viên* giải thích cách liên hệ với HICAP.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.

Chương trình bảo hiểm sức khỏe: Một tổ chức bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp các dịch vụ dài hạn và các nhà cung cấp dịch vụ khác. Chương trình cũng có các điều phối viên chăm sóc sức khỏe để giúp quý vị quản lý tất cả các dịch vụ và nhà cung cấp dịch vụ của mình. Tất cả đều làm việc với nhau nhằm cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA): Đánh giá bệnh sử và tình trạng hiện tại của quý vị. Được sử dụng để tìm hiểu về sức khỏe của quý vị và sức khỏe của quý vị có thể thay đổi như thế nào trong tương lai.

Nhà cung cấp dịch vụ giao hàng tại nhà: Một số chương trình có thể cung cấp chương trình giao hàng tận nhà cho phép quý vị nhận được lượng thuốc theo toa được bảo hiểm đủ dùng trong 3 tháng được gửi trực tiếp đến nhà của mình. Đây có thể là một cách tiết kiệm chi phí và thuận tiện để mua thuốc theo toa mà quý vị thường xuyên sử dụng.

Trợ giúp chăm sóc tại nhà: Người cung cấp các dịch vụ không cần kỹ năng của y tá hoặc nhà liệu pháp 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). Các trợ lý chăm sóc sức khỏe tại nhà không có giấy phép điều dưỡng hoặc cung cấp liệu pháp.

Chăm sóc giai đoạn cuối đời: Một chương trình chăm sóc và hỗ trợ nhằm giúp những người mắc bệnh giai đoạn cuối có cuộc sống thoải mái. Tiên lượng giai đoạn cuối có nghĩa là một người đã được chứng nhận y khoa là mắc bệnh nan y, nghĩa là sẽ không sống được quá 6 tháng.

- Người đăng ký có tiên lượng bệnh giai đoạn cuối có quyền lựa chọn dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời.
- Một đội ngũ chuyên gia và người chăm sóc được đào tạo đặc biệt sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc toàn diện cho con người, bao gồm các nhu cầu về thể chất, tình cảm, xã hội và tâm linh.
- Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị danh sách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời trong khu vực địa lý của quý vị.

Tính hóa đơn không đúng/không phù hợp: Một tình huống khi nhà cung cấp dịch vụ (chẳng hạn như bác sĩ hoặc bệnh viện) gửi hóa đơn cho quý vị nhiều hơn số tiền chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ. Hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào mà quý vị không hiểu.

Vì chúng tôi thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ của quý vị, quý vị **không** nợ bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào. Các nhà cung cấp dịch vụ không được lập bất kỳ hóa đơn nào cho quý vị đối với các dịch vụ này.

Dịch vụ trợ giúp tại nhà (IHSS): Chương trình IHSS sẽ giúp thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp cho quý vị để quý vị có thể tiếp tục sống an toàn trong chính ngôi nhà của mình.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



IHSS được coi là một giải pháp thay thế cho dịch vụ chăm sóc bên ngoài nhà, như viện điều dưỡng hoặc các cơ sở cung cấp dịch vụ ăn ở và chăm sóc. Các loại dịch vụ có thể được chấp thuận thông qua IHSS là dọn dẹp nhà cửa, chuẩn bị bữa ăn, giặt là, đi chợ, dịch vụ chăm sóc cá nhân (chẳng hạn như các dịch vụ chăm sóc tiểu tiện và đại tiện, tắm rửa, chải chuốt và trợ y), đi cùng đến các cuộc hẹn y tế và giám sát bảo vệ đối với những người bị suy giảm sức khỏe tâm thần. Các cơ quan dịch vụ xã hội của quận quản lý IHSS.

Duyệt xét y tế độc lập (IMR): Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu dịch vụ hoặc điều trị y tế cho quý vị, thì 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 dịch vụ Medi-Cal, bao gồm vật tư và thuốc DME, quý vị có thể yêu cầu IMR với Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe California. IMR là xem xét trường hợp của quý vị do các bác sĩ không thuộc chương trình của chúng tôi thực hiện. Nếu quyết định IMR có lợi cho quý vị, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc liệu pháp điều trị mà quý vị yêu cầu. Quý vị không phải chi trả chi phí cho IMR.

Tổ chức Xem xét Độc lập (IRO): Một tổ chức độc lập được Medicare thuê để xem xét kháng cáo cấp 2. Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định liệu có cần thay đổi quyết định chúng tôi đã đưa ra hay không. Medicare giám sát công việc của tổ chức này. Tên chính thức là **Đơn vị Xem xét Độc Lập**.

Chương trình Chăm sóc Cá nhân (ICP hoặc Chương trình Chăm sóc): Một chương trình cung cấp các dịch vụ mà quý vị sẽ nhận được và cách nhận các dịch vụ đó. Chương trình của quý vị có thể bao gồm các dịch vụ y tế, dịch vụ sức khỏe hành vi và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

Nội trú: 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 được nhập viện một cách chính thức, quý vị có thể vẫn được coi là một bệnh nhân ngoại trú thay vì bệnh nhân nội trú ngay cả khi quý vị ở bệnh viện qua đêm.



Ban Chăm sóc Đa Khoa (ICT hoặc Nhóm chăm sóc): Một nhóm chăm sóc có thể bao gồm các bác sĩ, y tá, cố vấn hoặc các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác sẵn sàng giúp quý vị nhận dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Nhóm chăm sóc của quý vị cũng sẽ giúp quý vị lập kế hoạch chăm sóc.

D-SNP tích hợp: Một chương trình nhu cầu đặc biệt hội đủ điều kiện kép bảo hiểm cho dịch vụ Medicare và hầu hết hoặc tất cả các dịch vụ Medicaid theo một chương trình bảo hiểm sức khỏe duy nhất cho một số nhóm cá nhân hội đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid. Những cá nhân này được gọi là cá nhân đủ điều kiện kép được hưởng đầy đủ quyền lợi.

Sản phẩm sinh học tương tự có thể thay thế: Một sản phẩm sinh học tương tự có thể được thay thế tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới vì sản phẩm đó đáp ứng các yêu cầu bổ sung liên quan đến khả năng thay thế tự động. Việc thay thế tự động tại nhà thuốc phải tuân theo luật tiểu bang.

Danh sách thuốc được bảo hiểm (Danh sách thuốc): Danh sách thuốc theo toa và thuốc mua không cần toa (OTC) mà chúng tôi bảo hiểm. Chúng tôi lựa chọn thuốc trong danh sách này với sự trợ giúp của các bác sĩ và dược sĩ. Danh sách thuốc cho quý vị biết liệu có bất kỳ quy tắc nào quý vị cần tuân thủ để nhận được thuốc của quý vị hay không. Danh sách thuốc đôi khi được gọi là “danh mục thuốc”.

Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS): Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn là các dịch vụ giúp cải thiện tình trạng y tế dài hạn. Hầu hết các dịch vụ này trợ giúp quý vị ngay tại nhà để quý vị không phải đi đến nhà điều dưỡng hoặc bệnh viện. LTSS được chương trình của chúng tôi bảo hiểm bao gồm Dịch vụ dành cho người lớn trong cộng đồng (CBAS), còn được gọi là chăm sóc sức khỏe ban ngày dành cho người lớn, Cơ sở điều dưỡng (NF) và Hỗ trợ cộng đồng. Các chương trình miễn trừ IHSS và 1915(c) là LTSS của Medi-Cal được cung cấp ngoài chương trình của chúng tôi.

Trợ cấp cho người có thu nhập thấp (LIS): Tham khảo mục “Trợ giúp bổ sung”

Medi-Cal: Đây là tên của chương trình Medicaid của tiểu bang California. Medi-Cal do tiểu bang điều hành và do chính quyền của tiểu bang và liên bang chi trả.

- Chương trình giúp người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn và các chi phí y tế.
- Chương trình này bảo hiểm cho các dịch vụ và thuốc bổ sung không được Medicare bảo hiểm.
- Các chương trình Medicaid sẽ khác nhau giữa các tiểu bang, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe sẽ đều được bảo hiểm nếu quý vị hội đủ điều kiện hưởng cả Medicare và Medi-Cal.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Chương trình Medi-Cal: Các chương trình chỉ bảo hiểm cho quyền lợi Medi-Cal, chẳng hạn như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, thiết bị y tế và dịch vụ chuyên chở. Các quyền lợi Medicare là riêng biệt.

Medicaid (hoặc Hỗ trợ Y tế): Một chương trình do chính phủ liên bang và tiểu bang điều hành giúp người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn và các chi phí y tế. Medi-Cal là chương trình Medicaid dành cho Tiểu bang California.

Cần thiết về mặt y tế: Thuật ngữ này mô tả các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc mà quý vị cần để ngăn ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị một tình trạng y tế hoặc duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Các dịch vụ này bao gồm dịch vụ chăm sóc giúp quý vị tránh phải vào bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng. Điều này cũng có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn hành nghề y được chấp thuận.

Medicare: Chương trình bảo hiểm sức khỏe cấp liên bang dành cho người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị một số khuyết tật nhất định và người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (thông thường là người bị suy thận vĩnh viễn cần thẩm tách máu hoặc ghép thận). Người tham gia chương trình Medicare có thể nhận bảo hiểm sức khỏe Medicare thông qua Original Medicare hoặc chương trình chăm sóc được quản lý (xem “Chương trình bảo hiểm sức khỏe”).

Medicare Advantage: Một 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 trang trải các quyền lợi Medicare của quý vị.

Hội đồng Kháng cáo Medicare (Hội đồng): Một hội đồng xem xét kháng cáo cấp 4. Hội đồng là một bộ phận của chính quyền Liên bang.

Dịch vụ được Medicare bảo hiểm: Các dịch vụ được Medicare Phần A và Medicare Phần B bảo hiểm. Tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare, trong đó có chương trình của chúng tôi, phải bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ được Medicare Phần A và Medicare Phần B bảo hiểm.

Chương trình phòng ngừa bệnh tiểu đường của Medicare (MDPP) Một chương trình thay đổi hành vi sức khỏe có cấu trúc cung cấp chương trình đào tạo về thay đổi chế độ ăn uống dài hạn, tăng hoạt động thể chất và các chiến lược giải quyết vấn đề giúp vượt qua những khó khăn để giảm cân dần đều và duy trì lối sống khỏe mạnh.

Người tham gia Medicare-Medi-Cal: Một người đủ điều kiện nhận cả bảo hiểm Medicare và Medi-Cal. Người đăng ký tham gia Medicare-Medicaid còn được gọi là “cá nhân hội đủ điều kiện kép”.

Medicare Phần A: Chương trình Medicare bảo hiểm cho hầu hết các dịch vụ tại bệnh viện cần thiết về mặt y tế, cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chăm sóc sức khỏe tại nhà và dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Medicare Phần B: Chương trình Medicare bảo hiểm cho các dịch vụ (như xét nghiệm, phẫu thuật và thăm khám với bác sĩ) và vật tư (như xe lăn và khung tập đi) cần thiết về mặt y tế để điều trị bệnh hoặc tình trạng. Medicare Phần B cũng bảo hiểm nhiều dịch vụ sàng lọc và phòng ngừa.

Medicare Phần C: Chương trình Medicare, còn được gọi là “Medicare Advantage” hoặc “MA”, cho phép các công ty bảo hiểm sức khỏe tư nhân cung cấp các quyền lợi Medicare thông qua một Chương trình MA.

Medicare Phần D: Chương trình quyền lợi thuốc theo toa của Medicare. Chúng tôi gọi tắt chương trình này là “Phần D”. Medicare Phần D bảo hiểm các thuốc theo toa, vắc-xin và một số vật tư dành cho bệnh nhân ngoại trú không được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B hay Medi-Cal bảo hiểm. Chương trình của chúng tôi bao gồm Medicare Phần D.

Thuốc Medicare Phần D: Các loại thuốc được bảo hiểm trong Medicare Phần D. Quốc hội đặc biệt loại trừ một số danh mục thuốc nhất định khỏi phạm vi bảo hiểm trong Medicare Phần D. Medi-Cal có thể bảo hiểm một số loại thuốc này.

Quản lý trị liệu bằng thuốc (MTM): Một nhóm dịch vụ hoặc nhóm các dịch vụ riêng biệt được cung cấp bởi các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bao gồm cả dược sĩ, để đảm bảo kết quả điều trị tốt nhất cho bệnh nhân. Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo **Chương 5** trong *Cẩm Nang Hội Viên*.

Chương trình Medi-Medi: Chương trình Medicare Medi-Cal (Chương trình Medi-Medi) là một loại chương trình Medicare Advantage. Chương trình này dành cho những người có cả Medicare và Medi-Cal và kết hợp các quyền lợi Medicare và Medi-Cal vào một chương trình. Các Chương trình Medi-Medi điều phối tất cả các quyền lợi và dịch vụ trên cả hai chương trình, bao gồm tất cả các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal bảo hiểm.

Hội viên (hội viên chương trình của chúng tôi hoặc hội viên chương trình): Một người tham gia chương trình Medicare và Medi-Cal có đủ điều kiện nhận các dịch vụ được bảo hiểm, đã đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi và việc tham gia này đã được Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) và tiểu bang xác nhận.

Cẩm Nang Hội Viên và Thông Tin Tiết Lộ: Tài liệu này, kèm với mẫu đơn đăng ký tham gia của quý vị và bất kỳ tài liệu đính kèm, phụ lục nào khác, giải thích về bảo hiểm của quý vị, điều chúng tôi phải làm, quyền của quý vị và điều quý vị phải làm với tư cách hội viên chương trình của chúng tôi.

Nhà thuốc trong hệ thống: Một nhà thuốc (cửa hàng thuốc) đồng ý bán thuốc theo toa cho hội viên chương trình của chúng tôi. Chúng tôi gọi đó là các “nhà thuốc trong hệ thống” vì họ đã đồng ý làm việc với chương trình của chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi chỉ bảo hiểm cho thuốc theo toa của quý vị khi được mua tại một trong các nhà thuốc trong hệ thống của chúng tôi.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống: “Nhà cung cấp dịch vụ” 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 quan chăm sóc sức khỏe tại nhà, phòng khám và các địa điểm khác cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thiết bị y tế và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn cho quý vị.

- Họ được Medicare và tiểu bang cấp phép và chứng nhận để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Chúng tôi gọi họ là “nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống” khi họ đồng ý làm việc với chương trình bảo hiểm y tế và chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi và không tính phí phụ trội đối với hội viên của chúng tôi.
- Khi quý vị là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống để nhận các dịch vụ được bảo hiểm. Nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống cũng được gọi là “nhà cung cấp dịch vụ trong chương trình”

Viện điều dưỡng hoặc cơ sở điều dưỡng: Một cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận chăm sóc tại nhà nhưng không cần phải đến bệnh viện.

Thanh tra Bảo vệ Quyền lợi Hội viên: Một văn phòng ở tiểu bang của quý vị hoạt động với tư cách là người bảo vệ quyền lợi thay mặt cho quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu phải làm gì. Các dịch vụ của thanh tra đều miễn phí. Quý vị có thể tìm thêm thông tin trong **Chương 2 và 9** của *Cẩm Nang Hội Viên*.

Quyết định của tổ chức: Chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định của tổ chức khi chúng tôi hoặc một trong các nhà cung cấp dịch vụ của chúng tôi quyết định xem các dịch vụ có được bảo hiểm hay không hoặc quý vị phải trả bao nhiêu cho các dịch vụ được bảo hiểm. Quyết định của tổ chức được gọi là “quyết định bảo hiểm”. **Chương 9** trong *Cẩm Nang Hội Viên* giải thích các quyết định bảo hiểm.

Sản phẩm sinh học gốc: Một sản phẩm sinh học đã được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) chấp thuận và có vai trò là sản phẩm so sánh cho các nhà sản xuất đưa ra phiên bản sinh học tương tự. Đây cũng được gọi là sản phẩm tham khảo.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare tính phí theo dịch vụ): Chính phủ cung cấp Original Medicare. Theo Original Medicare, các dịch vụ Medicare được bảo hiểm bằng cách thanh toán một khoản tiền do Quốc hội đặt ra cho các bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.

- Quý vị có thể khám với bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác nếu họ chấp nhận Medicare. Original Medicare gồm hai phần: Medicare Phần A (bảo hiểm bệnh viện) và Medicare Phần B (bảo hiểm y tế).
- Original Medicare có sẵn ở bất kỳ nơi nào tại Hoa Kỳ.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể chọn Original Medicare.

Nhà thuốc ngoài hệ thống: Một nhà thuốc không đồng ý hợp tác với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp thuốc được bảo hiểm cho hội viên chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi không bảo hiểm cho hầu hết các loại thuốc quý vị nhận được từ các nhà thuốc ngoài hệ thống trừ khi áp dụng một số điều kiện nhất định.

Nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống hoặc Cơ sở ngoài hệ thống: Một nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở không được chương trình của chúng tôi thuê, sở hữu hay vận hành và không nằm trong hợp đồng cung cấp các dịch vụ được bảo hiểm cho hội viên chương trình của chúng tôi. **Chương 3** trong *Cẩm Nang Hội Viên* giải thích các nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở ngoài hệ thống.

Chi phí tự trả: Yêu cầu về khoản chia sẻ chi phí cho hội viên để thanh toán một phần dịch vụ hoặc thuốc mà họ nhận được, cũng được gọi là yêu cầu chi phí “tự trả”. Tham khảo định nghĩa về “chia sẻ chi phí” ở trên.

Thuốc mua không cần toa (OTC): Thuốc không cần toa là các loại thuốc hoặc dược phẩm mà một người có thể mua mà không cần toa thuốc của chuyên gia chăm sóc sức khỏe.

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.”

Thuốc Phần D: Tham khảo “Thuốc Medicare Phần D.”

Thông tin sức khỏe cá nhân (còn gọi là Thông tin sức khỏe được bảo vệ)

(PHI): Thông tin về quý vị và sức khỏe của quý vị, chẳng hạn như tên, địa chỉ, số an sinh xã hội, những lần thăm khám với bác sĩ và bệnh sử. Tham khảo Thông báo thực hành quyền riêng tư của chúng tôi để biết thêm thông tin về cách chúng tôi bảo vệ, sử dụng và tiết lộ thông tin PHI của quý vị cũng như các quyền của quý vị đối với thông tin PHI của mình.

Bác sĩ chăm sóc chính (PCP): Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác mà quý vị sử dụng trước tiên cho hầu hết các vấn đề sức khỏe. Họ đảm bảo cho quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần để khỏe mạnh.

- Họ cũng có thể nói chuyện với các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ y tế khác về dịch vụ chăm sóc cho quý vị và giới thiệu quý vị tới những người này.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



- Trong nhiều chương trình bảo hiểm y tế Medicare, quý vị phải đi đến khám với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình trước khi đến khám với bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ y tế nào khác.
- Tham khảo **Chương 3** trong *Cẩm Nang Hội Viên* để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc từ bác sĩ chăm sóc chính.

Chấp thuận trước (PA): Quý vị phải nhận được sự chấp thuận của chúng tôi trước khi quý vị có thể nhận được một dịch vụ hoặc loại thuốc cụ thể hoặc sử dụng một nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống. Chương trình của chúng tôi có thể không bảo hiểm cho dịch vụ hoặc thuốc đó nếu quý vị không nhận được sự chấp thuận trước.

Chương trình của chúng tôi chỉ bảo hiểm cho một số dịch vụ y tế trong hệ thống nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác trong hệ thống nhận được PA từ chúng tôi.

- Các dịch vụ được bảo hiểm cần PA của chương trình của chúng tôi được đánh dấu trong **Chương 4** của *Cẩm Nang Hội Viên*.

Chương trình của chúng tôi chỉ bảo hiểm cho một số loại thuốc nếu quý vị nhận được PA từ chúng tôi.

- Các loại thuốc được bảo hiểm cần PA của chương trình chúng tôi được đánh dấu trong *Danh sách thuốc được bảo hiểm* và các quy tắc được đăng trên trang web của chúng tôi.

Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người Cao Tuổi (PACE): Một chương trình bảo hiểm đồng thời các quyền lợi Medicare và Medicaid cho người 55 tuổi trở lên cần mức độ chăm sóc cao hơn để sống tại nhà.

Bộ phận cơ thể giả và dụng cụ chỉnh hình: Các thiết bị y tế do bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị yêu cầu, bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở: nẹp cánh tay, lưng và cổ; chân, tay giả; mắt giả; và những thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận cơ thể hoặc chức năng bên trong, bao gồm vật tư hậu môn nhân tạo và trị liệu dinh dưỡng trong đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa.

Tổ chức Nâng cao Chất lượng (QIO): Một nhóm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác giúp cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho người tham gia chương trình Medicare. Chính phủ liên bang trả tiền cho QIO để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân. Tham khảo **Chương 2** của *Cẩm Nang Hội Viên* để biết thông tin về QIO.

Giới hạn số lượng: Giới hạn về số lượng thuốc quý vị có thể có. Chúng tôi có thể giới hạn số lượng thuốc chúng tôi bảo hiểm cho mỗi toa thuốc.

Công cụ xác định quyền lợi theo thời gian thực: Một cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính mà ở đó người đăng ký có thể tra cứu thông tin đầy đủ, chính xác, kịp thời, phù hợp

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin,** vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



về mặt lâm sàng và dành riêng cho người đăng ký về quyền lợi và thuốc được bảo hiểm. Điều này bao gồm số tiền chia sẻ chi phí, các loại thuốc thay thế có thể được sử dụng cho cùng một bệnh như một loại thuốc nhất định và các hạn chế về bảo hiểm (chấp thuận trước, trị liệu từng bước, giới hạn số lượng) áp dụng cho các loại thuốc thay thế.

Giới thiệu: Giới thiệu là sự chấp thuận của bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của quý vị hoặc sự chấp thuận của chúng tôi để sử dụng một nhà cung cấp dịch vụ không phải PCP của quý vị. Nếu quý vị không nhận được sự chấp thuận trước, chúng tôi có thể không bảo hiểm cho các dịch vụ. Quý vị không cần giới thiệu để đến khám với một số bác sĩ chuyên khoa nhất định, chẳng hạn như bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về việc giới thiệu trong **Chương 3 và 4** của *Cẩm Nang Hội Viên*.

Dịch vụ phục hồi chức năng: Biện pháp điều trị mà quý vị nhận được để giúp quý vị phục hồi sau cơn bệnh, tai nạn hoặc phẫu thuật lớn. Tham khảo **Chương 4** trong *Cẩm Nang Hội Viên* để tìm hiểu thêm về các dịch vụ phục hồi chức năng.

Dịch vụ nhạy cảm: Các dịch vụ liên quan đến sức khỏe hành vi hoặc tâm thần, sức khỏe tình dục và sinh sản, kế hoạch hóa gia đình, các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI), HIV/AIDS, tấn công tình dục và phá thai, rối loạn sử dụng chất kích thích, chăm sóc khẳng định giới tính và bạo lực bạn tình.

Khu vực phục vụ: Khu vực địa lý nơi chương trình bảo hiểm sức khỏe chấp nhận các hội viên nếu chương trình giới hạn tư cách hội viên dựa trên nơi mà họ sống. Đối với các chương trình giới hạn bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, đó thường là khu vực mà quý vị có thể nhận các dịch vụ (không phải cấp cứu) thường lệ. Chỉ những người sống trong khu vực phục vụ của chúng tôi mới có thể đăng ký vào chương trình của chúng tôi.

Chia sẻ chi phí: Phần chi phí dịch vụ chăm sóc sức khỏe quý vị có thể phải thanh toán hàng tháng trước khi các quyền lợi của quý vị có hiệu lực. Khoản chia sẻ chi phí của quý vị thay đổi phụ thuộc vào thu nhập và các nguồn lực của quý vị.

Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF): Một cơ sở điều dưỡng có nhân viên và thiết bị cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và, trong hầu hết các trường hợp, các dịch vụ phục hồi chức năng chuyên môn và các dịch vụ y tế khác có liên quan.

Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF): Các dịch vụ phục hồi chức năng và dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn được cung cấp hàng ngày, liên tục, trong cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Các ví dụ về dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn bao gồm thể chất trị liệu hoặc tiêm tĩnh mạch (IV) mà một y tá hoặc một bác sĩ đã đăng ký có thể cung cấp.

Bác sĩ chuyên khoa: Một bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để điều trị một bệnh hoặc một bộ phận cụ thể trên cơ thể.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



Nhà thuốc chuyên khoa: Tham khảo **Chương 5** của *Cẩm Nang Hội Viên* để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc chuyên khoa.

Điều trần cấp tiểu bang: Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị yêu cầu dịch vụ Medi-Cal mà chúng tôi sẽ không chấp thuận hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho dịch vụ Medi-Cal mà quý vị đã có, thì quý vị có thể yêu cầu một Phiên điều trần cấp tiểu bang. Nếu phiên Điều trần cấp tiểu bang đưa ra quyết định có lợi cho quý vị, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ mà quý vị yêu cầu.

Trị liệu từng bước: Một quy tắc bảo hiểm yêu cầu quý vị thử một loại thuốc khác trước khi chúng tôi bảo hiểm cho loại thuốc mà quý vị đang yêu cầu.

Phụ cấp an sinh bổ sung (SSI): Quyền lợi hàng tháng được An Sinh Xã Hội thanh toán cho người có thu nhập và các nguồn lực hạn chế, bao gồm người khuyết tật, mù lòa hoặc người từ 65 tuổi trở lên. Các quyền lợi SSI không giống như các quyền lợi An sinh xã hội.

Chăm sóc khẩn cấp cần thiết: Dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được khi bị bệnh, chấn thương hoặc tình trạng không phải trường hợp cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay lập tức. Quý vị có thể nhận được sự chăm sóc khẩn cấp cần thiết từ các nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống khi quý vị không thể liên hệ với họ vì thời gian, địa điểm hoặc hoàn cảnh của quý vị, việc nhận dịch vụ từ các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống là không thể hoặc không hợp lý (ví dụ: khi quý vị ở ngoài khu vực phục vụ của chương trình và quý vị yêu cầu các dịch vụ ngay lập tức cần thiết về mặt y tế cho một tình trạng không thể nhìn thấy được nhưng đó không phải là trường hợp cấp cứu y tế).



Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield TotalDual Plan

ĐIỆN THOẠI	1-800-452-4413 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Dịch vụ Khách hàng cũng có dịch vụ thông dịch miễn phí dành cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Cần có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi số điện thoại này và số này chỉ dành cho người có trở ngại trong vấn đề nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này đều 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 WEB	blueshieldca.com/medicare



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Blue Shield TotalDual Plan theo số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, vui lòng truy cập blueshieldca.com/medicare.



THÔNG BÁO VỀ KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Phân biệt đối xử là vi phạm pháp luật. Blue Shield of California tuân thủ luật dân sự hiện hành của tiểu bang và liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tổ tiên, tôn giáo, tình dục, tình trạng hôn nhân, mang thai hoặc các tình trạng liên quan, đặc điểm giới tính, định kiến về giới. giới tính, nhận dạng giới tính, khuynh hướng tình dục, độ tuổi hoặc tình trạng tàn tật. Blue Shield of California không bài trừ bất kỳ ai hoặc đối xử với họ theo cách khác vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tổ tiên, tôn giáo, tình dục, tình trạng hôn nhân, mang thai hoặc các tình trạng liên quan, đặc điểm giới tính, định kiến về giới. giới tính, nhận dạng giới tính, khuynh hướng tình dục, độ tuổi hoặc tình trạng tàn tật.

Blue Shield of California cung cấp:

- Các hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để có thể giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, ví dụ:
 - ✓ Phiên dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ năng lực
 - ✓ Thông tin bằng văn bản theo nhiều định dạng khác (bản in khổ lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Cung cấp dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho các cá nhân sử dụng ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, ví dụ:
 - ✓ Phiên dịch viên đủ năng lực
 - ✓ Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, hãy liên hệ Ban Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield of California qua số điện thoại ở mặt sau của thẻ ID hội viên của quý vị.

Nếu quý vị cho rằng Blue Shield of California không cung cấp các dịch vụ này hoặc có sự phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tổ tiên, tôn giáo, tình dục, tình trạng hôn nhân, mang thai hoặc các tình trạng liên quan, đặc điểm giới tính, định kiến về giới. giới tính, nhận dạng giới tính, khuynh hướng tình dục, độ tuổi hoặc tình trạng tàn tật, quý vị có thể gửi khiếu nại tới:

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011
Điện thoại: (844) 831-4133 (TTY: 711), Fax: (844) 696-6070
Email: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

Quý vị có thể gửi khiếu nại trực tiếp hoặc gửi bằng thư, fax hoặc email. Nếu quý vị cần trợ giúp trong quá trình gửi khiếu nại, Điều Phối viên Quyền Công Dân sẽ luôn sẵn sàng trợ giúp.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về quyền công dân tới U.S. Department of Health and Human Services (Bộ Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ), Phòng Dân Quyền thông qua Cổng Thông Tin Khiếu Nại của Phòng Dân Quyền, theo định dạng điện tử tới địa chỉ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc gửi qua thư hoặc qua điện thoại theo địa chỉ:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
Điện thoại: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Biểu mẫu khiếu nại có tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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 quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-452-4413 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-452-4413. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 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 أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية 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、無料の通訳サービスがあります。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。これは無料のサービスです。

Hmong Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm pab 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 pab 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 Díí ats'íís baa áháyá éí doodago azee' bee aa áháyá bína'idííkidgo éí ná ata' hodoonihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojí' 1-800-776-4466 béésh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yálti'i níká adoolwoł. Díí t'áá jíík'eh bee aná'áwo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਨਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ 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 ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 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. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ անոտ հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կազմակերպության հետ կապված ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ծառայությունը համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեր կողմից հարցերն իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվճար է:

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سوالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کافیت 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



blueshieldca.com/medicare

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555