



Ngày 1 tháng 1 – Ngày 31 tháng 12 năm 2025

Chứng từ Bảo hiểm:

Quyền lợi và dịch vụ chăm sóc sức khỏe Medicare của quý vị và bảo hiểm thuốc theo toa với tư cách là hội viên của Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP)

Tài liệu này cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về phạm vi bảo hiểm chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa của Medicare từ ngày 1 tháng 1 – ngày 31 tháng 12 năm 2025. **Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Xin cất giữ tại một nơi an toàn.**

Nếu có thắc mắc về tài liệu này, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Hội viên theo số 1-855-463-0933 (TTY: [711](#)). Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. Cuộc gọi được miễn phí.

Chương trình này, Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP), được cung cấp bởi COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. (Khi *Chứng từ Bảo hiểm* nói “chúng tôi”, “của chúng tôi”, có nghĩa là COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. Khi nói đến “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi”, điều đó có nghĩa là Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP).)

Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha. Este documento está disponible sin cargo en español.

Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng Tiếng Việt. Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng Tiếng Việt

Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng Tiếng Ả-rập.

يتوفر هذا المستند مجانًا بالعربية

Tài liệu này có sẵn miễn phí ở các định dạng khác như chữ nổi, chữ in cỡ lớn hoặc các định dạng thay thế khác khi có yêu cầu.

Quyền lợi, phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và/hoặc đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2026.

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

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

- Phí bảo hiểm chương trình và chia sẻ chi phí của quý vị;
- Quyền lợi y tế và thuốc theo toa của quý vị;
- Cách nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không hài lòng với dịch vụ hoặc cách điều trị;
- Cách liên hệ với chúng tôi nếu quý vị cần hỗ trợ thêm; và,
- Các biện pháp bảo vệ khác theo yêu cầu của luật Medicare.

SilverSneakers là thương hiệu đã đăng ký của Tivity Health, Inc. © 2024 Tivity Health, Inc. Bảo lưu mọi quyền

Nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe tham gia là các nhà thầu độc lập và không phải là đại lý cũng như nhân viên của Aetna. Không thể đảm bảo tính khả dụng của bất kỳ nhà cung cấp cụ thể nào, và thành phần mạng lưới nhà cung cấp có thể thay đổi.

Aetna, CVS Pharmacy® và MinuteClinic, LLC (vận hành hoặc cung cấp một số dịch vụ hỗ trợ quản lý cho phòng khám không cần hẹn trước mang thương hiệu MinuteClinic) là một bộ phận của nhóm công ty của CVS Health®.

Có nhiều nhà thuốc và nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chúng tôi.

Chứng từ Bảo hiểm năm 2025

Mục lục

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

Chương 1	<i>Bắt đầu với tư cách là hội viên</i>	6
PHẦN 1	Giới thiệu	7
PHẦN 2	Điều gì khiến quý vị hội đủ điều kiện để trở thành hội viên của chương trình?	8
PHẦN 3	Tài liệu hội viên quan trọng quý vị sẽ nhận được	10
PHẦN 4	Chi phí hàng tháng của quý vị cho Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP)	11
PHẦN 5	Thông tin thêm về phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị	14
PHẦN 6	Giữ hồ sơ tư cách hội viên chương trình của quý vị được cập nhật	14
PHẦN 7	Các loại bảo hiểm khác hoạt động như thế nào với chương trình của chúng tôi	15
Chương 2	<i>Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng</i>	17
PHẦN 1	Thông tin liên lạc của Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) (cách liên hệ với chúng tôi, bao gồm cách liên hệ với Dịch vụ Hội viên)	18
PHẦN 2	Medicare (cách nhận trợ giúp và thông tin trực tiếp từ chương trình Medicare Liên Bang)	23
PHẦN 3	Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (trợ giúp miễn phí, thông tin và giải đáp thắc mắc về Medicare)	24
PHẦN 4	Tổ chức Cải thiện Chất lượng	25
PHẦN 5	An sinh Xã hội	25
PHẦN 6	Medicaid	26
PHẦN 7	Thông tin về các chương trình giúp mọi người thanh toán tiền thuốc theo toa	26
PHẦN 8	Làm thế nào để liên hệ với Ban hưu trí Ngành đường sắt	28
Chương 3	<i>Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị</i>	29
PHẦN 1	Những điều cần biết về việc nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác với tư cách là hội viên của chương trình của chúng tôi	30
PHẦN 2	Sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác	31
PHẦN 3	Làm thế nào để nhận được dịch vụ khi quý vị gặp trường hợp cần được chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp hoặc trong thảm họa	35
PHẦN 4	Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị được lập hóa đơn trực tiếp cho toàn bộ chi phí dịch vụ của quý vị?	37
PHẦN 5	Các dịch vụ y tế của quý vị được bảo hiểm như thế nào khi tham gia nghiên cứu lâm sàng?	38
PHẦN 6	Quy định để được chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế mang tính tôn giáo	39
PHẦN 7	Quy định về quyền sở hữu thiết bị y tế lâu bền	40

Chương 4	<i>Biểu Đồ Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)</i>	42
PHẦN 1	Hiểu về các dịch vụ được bảo hiểm	43
PHẦN 2	Sử dụng Biểu đồ quyền lợi y tế để tìm hiểu những gì được bao trả	43
PHẦN 3	Những dịch vụ nào không được chương trình chi trả?	109
Chương 5	<i>Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho thuốc theo toa Phần D</i>	114
PHẦN 1	Giới thiệu	115
PHẦN 2	Mua thuốc theo toa của quý vị tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc thông qua dịch vụ đặt hàng qua thư của chương trình	115
PHẦN 3	Thuốc của quý vị cần phải có trong Danh sách thuốc của chương trình	118
PHẦN 4	Có những hạn chế về phạm vi bảo hiểm cho một số loại thuốc	120
PHẦN 5	Phải làm sao nếu một trong những loại thuốc của quý vị không được bảo hiểm chi trả theo cách quý vị mong muốn?	121
PHẦN 6	Nếu phạm vi bảo hiểm cho một trong những loại thuốc của quý vị thay đổi thì sao?	122
PHẦN 7	Những loại thuốc nào không được chương trình bao trả?	124
PHẦN 8	Mua thuốc	125
PHẦN 9	Bảo hiểm thuốc Phần D trong những trường hợp đặc biệt	126
PHẦN 10	Chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc	127
PHẦN 11	Chúng tôi gửi cho quý vị các báo cáo giải thích về việc thanh toán cho thuốc của quý vị	129
Chương 6	<i>Những gì quý vị chi trả cho thuốc theo toa Phần D của quý vị</i>	131
Chương 7	<i>Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bảo hiểm</i>	133
PHẦN 1	Các tình huống mà quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc được bảo hiểm của quý vị	134
PHẦN 2	Làm thế nào để yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận	136
PHẦN 3	Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và trả lời đồng ý hoặc không	136
Chương 8	<i>Quyền lợi và trách nhiệm của quý vị</i>	138
PHẦN 1	Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng quyền và sự nhạy cảm về văn hóa của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình	139
PHẦN 2	Quý vị có một số trách nhiệm với tư cách là hội viên của chương trình	146
Chương 9	<i>Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)</i>	147
PHẦN 1	Giới thiệu	148
PHẦN 2	Nơi để có thêm thông tin và hỗ trợ cá nhân	148
PHẦN 3	Để giải quyết vấn đề của quý vị, quý vị nên sử dụng quy trình nào?	149
PHẦN 4	Xử lý các vấn đề về các quyền lợi Medicare của quý vị	150
PHẦN 5	Hướng dẫn về những điều cơ bản của quyết định bảo hiểm và kháng cáo	150
PHẦN 6	Chăm sóc y tế của quý vị: Làm thế nào để yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo một quyết định bảo hiểm	153
PHẦN 7	Thuốc theo toa Phần D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc đưa ra khiếu nại	160

PHẦN 8	Làm thế nào để yêu cầu chúng tôi chi trả cho thời gian nằm viện dài hơn nếu quý vị nghĩ rằng mình sẽ được xuất viện quá sớm.....	168
PHẦN 9	Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục chi trả một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị nghĩ rằng phạm vi bảo hiểm của quý vị sắp kết thúc quá sớm.....	172
PHẦN 10	Đưa kháng cáo của quý vị lên Cấp độ 3 và hơn thế nữa.....	175
PHẦN 11	Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các vấn đề khác.....	178
PHẦN 12	Xử lý các vấn đề về các quyền lợi bảo hiểm <u>Medicaid</u> của quý vị.....	181
Chương 10	<i>Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình</i>	182
PHẦN 1	Giới thiệu về việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.....	183
PHẦN 2	Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi?.....	183
PHẦN 3	Làm thế nào để kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi?.....	186
PHẦN 4	Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc, quý vị phải tiếp tục nhận các mặt hàng y tế, dịch vụ và thuốc của mình thông qua chương trình của chúng tôi.....	187
PHẦN 5	Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình trong một số trường hợp nhất định.....	188
Chương 11	<i>Thông báo pháp lý</i>	190
PHẦN 1	Thông báo về luật quản lý.....	191
PHẦN 2	Thông báo về việc không phân biệt đối xử.....	191
PHẦN 3	Thông báo về quyền thay thế của Người trả tiền thứ cấp của Medicare.....	191
PHẦN 4	Thông báo về việc thu hồi số tiền thanh toán thừa.....	193
PHẦN 5	Quyết định phạm vi bảo hiểm quốc gia.....	194
Chương 12	<i>Định nghĩa các từ quan trọng</i>	195
PHỤ LỤC A:	<i>Thông tin liên lạc quan trọng</i>	205

Chương 1

Bắt đầu với tư cách là hội viên

Chương 1. Bắt đầu với tư cách là hội viên**PHẦN 1 Giới thiệu**

Phần 1.1 Quý vị đã ghi danh tham gia Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP), đây là một Chương trình Medicare Advantage chuyên biệt (Chương trình nhu cầu đặc biệt)

Quý vị được bảo hiểm bởi cả Medicare và Medicaid:

- **Medicare** là chương trình bảo hiểm y tế liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi mắc một số khuyết tật nhất định và những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận).
- **Medicaid** là chương trình chung của Tiểu bang và liên bang trợ giúp chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Bảo hiểm Medicaid khác nhau tùy thuộc vào tiểu bang và loại Medicaid quý vị có. Một số người có Medicaid được hỗ trợ thanh toán phí bảo hiểm Medicare và các chi phí khác. Một số người cũng nhận bảo hiểm cho các dịch vụ và thuốc khác không được Medicare bảo hiểm.

Quý vị đã chọn nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe Medicare và bảo hiểm thuốc theo toa thông qua chương trình của chúng tôi, Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP). Chúng tôi phải đòi hỏi tất cả các dịch vụ Phần A và Phần B. Tuy nhiên, chia sẻ chi phí và cách tiếp cận nhà cung cấp trong chương trình này khác với Original Medicare.

Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) là một Chương trình Medicare Advantage chuyên biệt (một “Chương trình nhu cầu đặc biệt” của Medicare), có nghĩa là các quyền lợi của chương trình này được thiết kế dành cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) được thiết kế dành cho những người có Medicare và những người cũng có quyền nhận hỗ trợ từ Medicaid.

Vì quý vị nhận trợ cấp từ Medicaid với khoản chia sẻ chi phí Medicare Phần A và B (khấu trừ, đồng thanh toán và đồng bảo hiểm) quý vị có thể không phải trả đồng nào cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe Medicare của quý vị. Medicaid cũng cung cấp các quyền lợi khác cho quý vị bằng cách bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc kê toa thông thường không được Medicare bảo hiểm. Quý vị cũng sẽ nhận được “Trợ cấp Đặc biệt” từ Medicare để thanh toán chi phí thuốc theo toa Medicare của quý vị. Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) sẽ giúp quý vị quản lý tất cả các quyền lợi này để quý vị nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ thanh toán mà quý vị được hưởng.

Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) được điều hành bởi một công ty tư nhân. Tương tự như tất cả các Chương trình Medicare Advantage, chương trình Medicare Special Needs Plan này được phê duyệt bởi Medicare. Chương trình cũng có hợp đồng với Cardinal Care để điều phối các quyền lợi Medicaid của quý vị. Chúng tôi rất vui được cung cấp bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Medicare của quý vị, bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị.

Bảo hiểm theo Chương trình này đủ điều kiện là Bảo hiểm Sức khỏe đủ Điều kiện (QHC) và thỏa mãn yêu cầu về trách nhiệm chung của cá nhân của Đạo luật Bảo vệ Bệnh nhân và Chăm sóc Sức khỏe Hợp túi tiền (ACA). Vui lòng truy cập trang web của Sở Thuế vụ Nội địa (IRS) tại: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families để biết thêm thông tin.

Phần 1.2 Tài liệu Chứng từ Bảo hiểm nói về điều gì?

Tài liệu *Chứng từ Bảo hiểm* hướng dẫn quý vị cách nhận dịch vụ chăm sóc y tế Medicare và thuốc theo toa. Nó giải thích các quyền và trách nhiệm của quý vị, những gì được bảo hiểm, những gì quý vị phải trả với tư cách là hội viên chương trình và cách nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không hài lòng với quyết định hoặc cách điều trị nào đó.

Những từ *bảo hiểm* và *dịch vụ được bảo hiểm* là nói đến các dịch vụ và chăm sóc y tế cũng như các loại thuốc theo toa có sẵn cho quý vị với tư cách là hội viên của Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP).

Điều quan trọng là quý vị nên tìm hiểu xem chương trình có những quy định nào và quý vị được cấp những dịch vụ gì. Chúng tôi khuyến khích quý vị dành thời gian để xem qua tài liệu *Chứng từ Bảo hiểm* này.

Nếu quý vị bối rối, lo lắng hoặc đơn giản là có thắc mắc, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Hội viên.

Phần 1.3 Thông tin pháp lý về Chứng từ bảo hiểm

Chứng từ bảo hiểm này là một phần trong hợp đồng của chúng tôi với quý vị về cách Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) chi trả cho việc chăm sóc của quý vị. Các phần khác của hợp đồng này bao gồm mẫu đơn ghi danh của quý vị, *Danh mục thuốc được bảo hiểm (Danh mục thuốc)* và bất kỳ thông báo nào quý vị nhận được từ chúng tôi về những thay đổi trong phạm vi bảo hiểm hoặc các điều kiện ảnh hưởng đến phạm vi bảo hiểm của quý vị. Những thông báo này đôi khi được gọi là *điều khoản bổ sung* hoặc *sửa đổi*.

Hợp đồng có hiệu lực trong những tháng quý vị ghi danh tham gia Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) từ ngày 1 tháng 1 năm 2025 đến ngày 31 tháng 12 năm 2025.

Mỗi năm dương lịch, Medicare đều cho phép chúng tôi thực hiện những thay đổi đối với các chương trình mà chúng tôi cung cấp. Điều này có nghĩa là chúng tôi có thể thay đổi chi phí và quyền lợi của Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) sau ngày 31 tháng 12 năm 2025. Chúng tôi cũng có thể chọn ngừng cung cấp gói dịch vụ này tại khu vực dịch vụ của quý vị hoặc cung cấp dịch vụ này tại một khu vực dịch vụ khác sau ngày 31 tháng 12 năm 2025.

Medicare (Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid) phải phê duyệt Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) hàng năm. Là hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị có thể tiếp tục nhận được bảo hiểm Medicare hàng năm miễn là chúng tôi quyết định tiếp tục cung cấp chương trình và Medicare gia hạn chấp thuận của họ đối với chương trình.

PHẦN 2 Điều gì khiến quý vị hội đủ điều kiện để trở thành hội viên của chương trình?

Phần 2.1 Yêu cầu hội đủ điều kiện của quý vị

Quý vị đủ điều kiện trở thành hội viên chương trình của chúng tôi nếu:

- Quý vị có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B
- -- và -- Quý vị sống trong khu vực dịch vụ địa lý của chúng tôi (Phần 2.3 bên dưới mô tả khu vực dịch vụ của chúng tôi). Những người bị giam giữ không được coi là sống trong khu vực dịch vụ địa lý ngay cả khi họ thực sự sống ở đó.
- -- và -- Quý vị là công dân Hoa Kỳ hoặc có mặt hợp pháp tại Hoa Kỳ

Chương 1. Bắt đầu với tư cách là hội viên

- -- và -- Quý vị đáp ứng các yêu cầu hội đủ điều kiện đặc biệt được mô tả dưới đây.

Yêu cầu đặc biệt về điều kiện tham gia dành cho chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi được thiết lập để đáp ứng nhu cầu của một số người được cấp những quyền lợi Medicaid cụ thể. (Medicaid là chương trình chung của Tiểu bang và liên bang trợ giúp chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế). Để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải thuộc một trong các trường hợp đủ điều kiện hưởng Medicaid sau đây: **QMB**. Xin lưu ý: Nếu quý vị mất điều kiện hội đủ để tham gia nhưng có thể được kỳ vọng sẽ lấy lại tư cách tham gia trong vòng 6 tháng, thì quý vị vẫn hội đủ điều kiện để trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi (Chương 4, Phần 2.1 cho quý vị biết về phạm vi bảo hiểm và chia sẻ chi phí trong thời gian được coi là tiếp tục hội đủ điều kiện tham gia).

Phần 2.2 Medicaid là gì?

Medicaid là chương trình chung của Tiểu bang và liên bang trợ giúp chi phí y tế và chăm sóc dài hạn cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Mỗi tiểu bang có quyết định cái gì được tính là thu nhập và nguồn lực, những ai hội đủ tiêu chuẩn, những dịch vụ nào được bảo hiểm cũng như chi phí cho các dịch vụ. Các tiểu bang cũng có thể quyết định cách thức vận hành chương trình của mình, miễn là họ tuân thủ các quy định của Liên bang.

Ngoài ra, có những chương trình được cung cấp thông qua Medicaid giúp người tham gia Medicare trả chi phí Medicare của họ, chẳng hạn như phí bảo hiểm Medicare của họ. Những “Chương trình Tiết kiệm Medicare” trợ giúp cho người có thu nhập và nguồn lực hạn chế tiết kiệm tiền mỗi năm:

- **Người thụ hưởng Medicare Đủ tiêu chuẩn (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Trợ giúp trả tiền phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B, và các chia sẻ chi phí khác (như khấu trừ, đồng bảo hiểm, và đồng thanh toán). (Một số người có QMB cũng hội đủ điều kiện hưởng toàn bộ quyền lợi Medicaid (QMB+).)

Phần 2.3 Đây là khu vực dịch vụ của chương trình Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP)

Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) chỉ dành cho những cá nhân sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi. Để tiếp tục là hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị phải tiếp tục sống trong khu vực dịch vụ chương trình này. Khu vực phục vụ này được trình bày dưới đây.

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau tại:

Virginia: Accomack, Albemarle, Alexandria City, Alleghany, Amelia, Amherst, Appomattox, Arlington, Augusta, Bath, Bedford, Bland, Botetourt, Bristol City, Brunswick, Buchanan, Buckingham, Buena Vista City, Campbell, Caroline, Carroll, Charles City, Charlotte, Charlottesville City, Chesapeake City, Chesterfield, Clarke, Colonial Heights City, Covington City, Craig, Culpeper, Cumberland, Danville City, Dickenson, Dinwiddie, Emporia City, Essex, Fairfax, Fairfax City, Falls Church City, Fauquier, Floyd, Fluvanna, Franklin, Franklin City, Frederick, Fredericksburg City, Galax City, Giles, Gloucester, Goochland, Grayson, Greene, Greensville, Halifax, Hampton City, Hanover, Harrisonburg City, Henrico, Henry, Highland, Hopewell City, Isle of Wight, James City, King and Queen, King George, King William, Lancaster, Lee, Lexington City, Loudoun, Louisa, Lunenburg, Lynchburg City, Madison, Manassas City, Manassas Park City, Martinsville City, Mathews, Mecklenburg, Middlesex, Montgomery, Nelson, New Kent, Newport News City, Norfolk City, Northampton, Northumberland, Norton City, Nottoway, Orange, Page, Patrick, Petersburg City, Pittsylvania, Poquoson City, Portsmouth City, Powhatan, Prince Edward, Prince George, Prince William, Pulaski, Radford City, Rappahannock, Richmond, Richmond City, Roanoke, Roanoke City, Rockbridge, Rockingham, Russell, Salem City, Scott, Shenandoah, Smyth, Southampton, Spotsylvania, Stafford, Staunton City, Suffolk City, Surry, Sussex, Tazewell, Virginia Beach

City, Warren, Washington, Waynesboro City, Westmoreland, Williamsburg City, Winchester City, Wise, Wythe, York.

Nếu dự định chuyển đến một tiểu bang mới, quý vị cũng cần liên hệ với văn phòng Medicaid của tiểu bang và hỏi xem việc di chuyển này sẽ ảnh hưởng như thế nào đến các quyền lợi Medicaid của quý vị. Số điện thoại của Medicaid có trong **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này.

Nếu quý vị dự định rời khỏi khu vực dịch vụ, quý vị không thể tiếp tục tham gia chương trình này. Vui lòng liên hệ Dịch vụ Hội viên để xem liệu chúng tôi có chương trình ở khu vực mới của quý vị không. Khi chuyển đi, quý vị sẽ có một Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt, cho phép quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc ghi danh một chương trình thuốc hoặc chăm sóc Medicare có tại địa điểm mới của quý vị.

Điều cũng quan trọng là quý vị phải gọi cho cơ quan An sinh Xã hội nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư. Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên lạc của cơ quan An sinh Xã hội trong Chương 2, Phần 5.


Phần 2.4 Công dân Hoa Kỳ hoặc Cư trú Hợp pháp

Hội viên của chương trình sức khỏe Medicare phải là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ. Medicare (Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid) sẽ thông báo cho Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) nếu quý vị không hội đủ điều kiện để tiếp tục là hội viên trên cơ sở này. Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) phải hủy ghi danh của quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

PHẦN 3 Tài liệu hội viên quan trọng quý vị sẽ nhận được

Phần 3.1 Thẻ hội viên chương trình của quý vị

Trong thời gian là hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng thẻ hội viên chương trình của chúng tôi bất cứ khi nào quý vị nhận dịch vụ được chương trình bảo hiểm và nhận thuốc theo toa tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị cũng nên xuất trình thẻ Medicaid của quý vị cho nhà cung cấp. Quý vị cũng nên xuất trình thẻ Medicaid của quý vị cho nhà cung cấp. Dưới đây là một thẻ tư cách hội viên mẫu để cho quý vị thấy thẻ của quý vị sẽ trông như thế nào:

 <p style="text-align: right;"><Plan Name></p> <p>Member: <Name> Member ID: <ID#> Issuer (80840) Effective Date: <Date></p> <p>PCP: \$0 Copay Specialist: \$0 Copay Emergency Room: \$0 Copay Urgent Care: \$0 Copay</p> <p>PCP Name: <Name> Issued: <Date></p> <p>RxBIN: 610502 RxPCN: MEDDAET RxGRP: RXAETD RxID: ID#</p> <p style="text-align: center;">MedicareRx <small>Prescription Drug Coverage</small></p> <p>PCP Phone: <Phone> HXXXX-PBP</p>	<p>Important Information</p> <table border="0"> <tbody> <tr> <td>Member Services:</td> <td>1-855-463-0933 (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>24-Hour Nurse Advice:</td> <td>1-855-493-0933 (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Behavioral Health Crisis:</td> <td>1-855-463-0933 (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Pharmacy Help Desk:</td> <td>1-800-238-6279 (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Dental:</td> <td>1-855-463-0933 (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Transportation:</td> <td>1-844-452-9375 (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Website:</td> <td>AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp</td> </tr> </tbody> </table> <p>For Providers: Eligibility, Preauthorization and Claims 1-855-463-0933 (TTY: 711)</p> <table border="0"> <tbody> <tr> <td>Submit claims to:</td> <td>Submit grievances & appeals to:</td> </tr> <tr> <td>Plan Name</td> <td>Plan Name</td> </tr> <tr> <td>Payer ID# 126VA</td> <td>P.O. Box 818070</td> </tr> <tr> <td>P.O. Box 982980</td> <td>5801 Postal Road</td> </tr> <tr> <td>El Paso, TX 79998</td> <td>Cleveland, OH 44181</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><small>This card is not a guarantee of eligibility, enrollment or payment.</small></p>	Member Services:	1-855-463-0933 (TTY: 711)	24-Hour Nurse Advice:	1-855-493-0933 (TTY: 711)	Behavioral Health Crisis:	1-855-463-0933 (TTY: 711)	Pharmacy Help Desk:	1-800-238-6279 (TTY: 711)	Dental:	1-855-463-0933 (TTY: 711)	Transportation:	1-844-452-9375 (TTY: 711)	Website:	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp	Submit claims to:	Submit grievances & appeals to:	Plan Name	Plan Name	Payer ID# 126VA	P.O. Box 818070	P.O. Box 982980	5801 Postal Road	El Paso, TX 79998	Cleveland, OH 44181
Member Services:	1-855-463-0933 (TTY: 711)																								
24-Hour Nurse Advice:	1-855-493-0933 (TTY: 711)																								
Behavioral Health Crisis:	1-855-463-0933 (TTY: 711)																								
Pharmacy Help Desk:	1-800-238-6279 (TTY: 711)																								
Dental:	1-855-463-0933 (TTY: 711)																								
Transportation:	1-844-452-9375 (TTY: 711)																								
Website:	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp																								
Submit claims to:	Submit grievances & appeals to:																								
Plan Name	Plan Name																								
Payer ID# 126VA	P.O. Box 818070																								
P.O. Box 982980	5801 Postal Road																								
El Paso, TX 79998	Cleveland, OH 44181																								

KHÔNG dùng thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương của quý vị cho các dịch vụ y tế được bao trả khi quý vị là hội viên chương trình này. Nếu quý vị sử dụng thẻ Medicare thay vì thẻ hội viên Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP), quý vị có thể phải tự thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ y tế. Giữ thẻ Medicare của quý vị ở nơi an toàn. Quý vị có thể được yêu cầu xuất trình thẻ nếu cần các dịch vụ bệnh viện, dịch vụ chăm sóc cuối đời, hoặc tham gia nghiên cứu khảo sát được Medicare chấp thuận, còn gọi là các nghiên cứu lâm sàng.

Chương 1. Bắt đầu với tư cách là hội viên

Nếu thẻ tư cách hội viên chương trình của quý vị bị hư hỏng, mất mát hoặc bị lấy cắp, xin gọi Ban Dịch vụ Hội viên ngay lập tức và chúng tôi sẽ gửi thẻ mới đến cho quý vị.

Phần 3.2**Danh mục Nhà cung cấp & Nhà thuốc**

Danh mục Nhà cung cấp & Nhà thuốc liệt kê các nhà cung cấp trong mạng lưới hiện tại, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền và các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Nhà cung cấp trong mạng lưới là các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y tế, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền, bệnh viện, và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có thỏa thuận với chúng tôi để chấp nhận thanh toán của chúng tôi và bất kỳ khoản chia sẻ chi phí chương trình nào dưới dạng thanh toán đầy đủ.

Quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận dịch vụ và chăm sóc y tế của mình. Nếu quý vị đi nơi khác mà không có sự cho phép hợp lệ, quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí. Ngoại lệ duy nhất là các trường hợp cấp cứu, các dịch vụ cần thiết khẩn cấp khi mạng lưới không khả dụng (tức là trong những tình huống không hợp lý hoặc không thể nhận được dịch vụ trong mạng lưới), các dịch vụ lọc máu ngoài khu vực và các trường hợp mà Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) cho phép sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Nhà thuốc trong mạng lưới là tất cả những nhà thuốc đã thỏa thuận cung cấp thuốc được bảo hiểm theo đơn cho các hội viên chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể sử dụng *Danh mục Nhà cung cấp & Nhà thuốc* để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng. Xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thông tin về thời điểm quý vị có thể sử dụng các hiệu thuốc không thuộc mạng lưới của chương trình.

Nếu quý vị không có *Danh mục Nhà cung cấp & Nhà thuốc*, quý vị có thể nhận được một bản sao (dưới dạng điện tử hoặc bản cứng) từ Dịch vụ Hội viên. Yêu cầu bản cứng *Danh bạ nhà cung cấp* sẽ được gửi đến quý vị trong vòng ba ngày làm việc. Quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin này trên trang web của chúng tôi tại [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/find-provider).

Phần 3.3**Danh sách thuốc được bảo hiểm (Danh mục thuốc) của chương trình**

Chương trình có một *Danh sách thuốc được bảo hiểm (Danh mục thuốc)*. Chúng tôi gọi tắt là “Danh sách Thuốc”. Tài liệu này cho biết loại thuốc theo toa Phần D nào được bảo hiểm theo quyền lợi Phần D có trong Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP). Các loại thuốc trong danh sách này được chương trình lựa chọn với sự giúp đỡ của đội ngũ bác sĩ và dược sĩ. Danh sách phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare. Medicare đã chấp thuận Danh sách thuốc của Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP).

Danh sách Thuốc cũng cho quý vị biết có bất kỳ quy định nào hạn chế bảo hiểm cho các loại thuốc của quý vị hay không.

Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị một Danh sách Thuốc. Để có thông tin đầy đủ và mới nhất về các loại thuốc được bảo hiểm, quý vị có thể truy cập trang web của chương trình ([AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary)) hoặc gọi đến Dịch vụ hội viên.

PHẦN 4 Chi phí hàng tháng của quý vị cho Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP)

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

- Phí bảo hiểm của Chương trình (Phần 4.1)
- Phí bảo hiểm Medicare Phần B hàng tháng (Phần 4.2)

- Khoản phạt Ghi danh Muộn Phần D (Phần 4.3)
- Số tiền điều chỉnh hàng tháng liên quan đến thu nhập (Phần 4.4)

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

Quý vị không phải trả phí bảo hiểm hàng tháng riêng cho Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP).

Phần 4.2 **Phí bảo hiểm Medicare Phần B hàng tháng**

Một số hội viên phải thanh toán các khoản phí bảo hiểm Medicare khác

Một số hội viên được yêu cầu phải trả các khoản phí bảo hiểm Medicare khác. Như đã giải thích trong Phần 2 ở trên, để hội đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải duy trì tình trạng hội đủ điều kiện tham gia Medicaid cũng như có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B. Đối với hầu hết các hội viên Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP), Medicaid sẽ thanh toán phí bảo hiểm Phần A (nếu quý vị không đủ điều kiện tự động) và phí bảo hiểm Phần B của quý vị.

Nếu Medicaid không thanh toán phí bảo hiểm Medicare cho quý vị, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare để tiếp tục là hội viên của chương trình. Điều này bao gồm phí bảo hiểm của quý vị cho Phần B. Nó cũng có thể bao gồm phí bảo hiểm cho Phần A, ảnh hưởng đến những hội viên không hội đủ điều kiện được hưởng Phần A miễn phí bảo hiểm.

Phần 4.3 **Khoản phạt Ghi danh Muộn Phần D**

Bởi vì quý vị đủ điều kiện kép, LEP không áp dụng cho quý vị chừng nào quý vị còn đủ điều kiện kép, nhưng nếu quý vị không còn đủ điều kiện này, quý vị có thể phải chịu LEP. Một số hội viên phải thanh toán **khoản phạt ghi danh muộn** Phần D. Tiền phạt ghi danh muộn Phần D là phí bảo hiểm bổ sung phải trả cho bảo hiểm Phần D nếu vào bất kỳ thời điểm nào sau khi thời gian ghi danh ban đầu của quý vị kết thúc, có một khoảng thời gian 63 ngày liên tiếp trở lên khi quý vị không có bảo hiểm Phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy khác. Bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy là bảo hiểm đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu của Medicare vì nó dự kiến chi trả, trung bình, ít nhất bằng với bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare. Phí phạt ghi danh muộn của quý vị sẽ phụ thuộc vào thời gian quý vị không có bảo hiểm thuốc theo toa Phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa uy tín khác. Quý vị sẽ phải trả phí phạt này chừng nào quý vị còn có bảo hiểm Phần D.

Khi quý vị lần đầu ghi danh tham gia chương trình Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP), chúng tôi sẽ cho quý vị biết số tiền phạt.

Quý vị **sẽ không** phải thanh toán nếu:

- Nếu quý vị nhận “Trợ cấp Đặc biệt” từ Medicare để thanh toán cho các thuốc theo toa của quý vị.
- Quý vị đã không có bảo hiểm đáng tin cậy trong vòng chưa đầy 63 ngày liên tiếp.
- Quý vị đã được bảo hiểm thuốc đáng tin cậy thông qua một nguồn khác như công ty cũ, công đoàn, TRICARE hoặc Cơ quan Quản lý Y tế Cựu chiến binh (VA). Hàng năm, công ty bảo hiểm hoặc bộ phận nhân sự của quý vị sẽ cho quý vị biết bảo hiểm thuốc của quý vị có phải là bảo hiểm đáng tin cậy không. Thông tin này có thể được gửi cho quý vị qua thư hoặc qua bản tin từ chương trình. Hãy lưu giữ thông tin này vì quý vị có thể cần nếu sau này quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare.
 - **Lưu ý:** Bất kỳ thông báo nào cũng phải nêu rõ rằng quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa “đáng tin cậy” dự kiến sẽ trả bằng mức mà chương trình thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare chi trả.

Chương 1. Bắt đầu với tư cách là hội viên

- **Lưu ý:** Sau đây *không* phải là bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy: Thẻ giảm giá thuốc theo toa, phòng khám miễn phí và trang web giảm giá thuốc.

Medicare xác định số tiền phạt. Sau đây là cách thức hoạt động:

- Trước tiên, hãy đếm số tháng quý vị hoãn ghi danh tham gia chương trình thuốc Medicare sau khi quý vị đủ điều kiện ghi danh. Hoặc đếm số tháng quý vị không có bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy, nếu thời gian không có bảo hiểm là 63 ngày trở lên. Số tiền phạt là 1% cho mỗi tháng quý vị không có bảo hiểm đáng tin cậy. Ví dụ: Quý vị không có bảo hiểm trong 14 tháng thì mức phạt sẽ là 14%.
- Sau đó, Medicare xác định số tiền phí bảo hiểm trung bình hàng tháng đối với các chương trình thuốc Medicare trên toàn quốc từ năm trước. Đối với năm 2025, số tiền bảo hiểm trung bình này là \$36.78.
- Để tính tiền phạt hàng tháng, quý vị nhân tỷ lệ phần trăm tiền phạt và phí bảo hiểm trung bình hàng tháng rồi làm tròn thành 10 xu gần nhất. Trong ví dụ này, số tiền sẽ là 14% nhân với \$36.78, bằng \$5.15. Số tiền này được làm tròn thành \$5.20. Số tiền này sẽ được thêm **vào phí bảo hiểm hàng tháng cho người bị phạt ghi danh muộn Phần D.**

Có ba điều quan trọng cần lưu ý về khoản phạt ghi danh muộn hàng tháng Phần D này:

- Đầu tiên, **khoản phạt có thể thay đổi mỗi năm** vì mức phí bảo hiểm trung bình hàng tháng có thể thay đổi hàng năm.
- Thứ hai, **quý vị sẽ tiếp tục phải trả tiền phạt** hàng tháng miễn là quý vị còn tham gia chương trình có quyền lợi thuốc Medicare Phần D, ngay cả khi quý vị thay đổi chương trình.
- Thứ ba, nếu quý vị dưới 65 tuổi và hiện đang hưởng trợ cấp Medicare, khoản phạt ghi danh muộn Phần D sẽ được thiết lập lại khi quý vị tròn 65 tuổi. Sau 65 tuổi, khoản phạt ghi danh muộn Phần D của quý vị sẽ chỉ dựa trên những tháng quý vị không có bảo hiểm sau thời gian ghi danh ban đầu để chuyển sang Medicare.

Nếu quý vị không đồng ý về khoản phạt ghi danh muộn Phần D, quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể yêu cầu xem xét lại. Nói chung, quý vị phải yêu cầu đánh giá này **trong vòng 60 ngày** kể từ ngày trên lá thư đầu tiên quý vị nhận được nêu rõ quý vị phải trả tiền phạt ghi danh muộn. Tuy nhiên, nếu quý vị đã trả tiền phạt trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể không có cơ hội khác để yêu cầu xem xét lại tiền phạt ghi danh muộn đó.

Phần 4.4**Số tiền điều chỉnh hàng tháng liên quan đến thu nhập**

Một số hội viên có thể phải trả thêm một khoản phí, được gọi là Số tiền điều chỉnh hàng tháng liên quan đến thu nhập Phần D, còn được gọi là IRMAA. Khoản phí bổ sung được tính bằng cách sử dụng tổng thu nhập điều chỉnh đã sửa đổi của quý vị theo tờ khai thuế IRS của quý vị từ hai năm trước. Nếu số tiền này cao hơn một số tiền nhất định, quý vị sẽ trả số tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn và IRMAA bổ sung. Để biết thêm thông tin về số tiền bổ sung mà quý vị có thể phải trả dựa trên thu nhập của mình, hãy truy cập <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Nếu quý vị phải trả thêm một khoản tiền, An sinh Xã hội, chứ không phải chương trình Medicare của quý vị, sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho quý vị biết số tiền đó là bao nhiêu. Số tiền bổ sung sẽ được khấu trừ từ séc quyền lợi An sinh Xã hội, Ban Hưu trí Đường sắt hoặc Văn phòng Quản lý Nhân sự của quý vị, bất kể quý vị thường thanh toán phí bảo hiểm chương trình của mình như thế nào, trừ khi quyền lợi hàng tháng của quý vị không đủ để trang trải số tiền bổ sung quý vị nợ. Nếu séc quyền lợi của quý vị không đủ để chi trả số tiền bổ sung, quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ Medicare. **Quý vị phải trả số tiền bổ sung này cho chính phủ. Không thể thanh toán số tiền bổ sung này bằng phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị. Nếu quý vị không trả số tiền bổ sung, quý vị sẽ bị rút tên khỏi chương trình và mất bảo hiểm thuốc theo toa.**

Nếu quý vị không đồng ý về việc trả khoản tiền bổ sung, quý vị có thể yêu cầu An sinh Xã hội xem xét lại quyết định. Để tìm hiểu thêm về cách thực hiện việc này, hãy liên hệ với An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

PHẦN 5 Thông tin thêm về phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị

Phần 5.1 Chúng tôi có thể thay đổi phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị trong năm không?

Không. Chúng tôi không được phép thay đổi số tiền tính cho phí bảo hiểm hàng tháng của gói bảo hiểm trong năm. Nếu phí bảo hiểm chương trình hàng tháng thay đổi trong năm tới, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị vào tháng 9 và thay đổi sẽ có hiệu lực vào ngày 1 tháng 1.

Tuy nhiên, trong một số trường hợp, quý vị có thể ngừng thanh toán tiền phạt ghi danh muộn, nếu còn nợ. Hoặc cần phải bắt đầu thanh toán tiền phạt ghi danh muộn. Điều này có thể xảy ra nếu quý vị hội đủ điều kiện tham gia chương trình “Trợ cấp Đặc biệt” hoặc nếu quý vị mất quyền tham gia chương trình “Trợ cấp Đặc biệt” trong năm:

- Nếu hiện tại quý vị đang trả tiền phạt ghi danh muộn Phần D và hội đủ điều kiện nhận “Trợ cấp Đặc biệt” trong năm, quý vị sẽ có thể ngừng trả tiền phạt.
- Nếu quý vị mất “Trợ cấp Đặc biệt”, quý vị có thể phải chịu khoản phạt ghi danh trễ nếu quý vị không có Phần D hoặc phạm vi bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy khác trong 63 ngày liên tiếp trở lên.

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về chương trình “Trợ cấp Đặc biệt” trong Chương 2, Phần 7.

PHẦN 6 Giữ hồ sơ tư cách hội viên chương trình của quý vị được cập nhật

Hồ sơ tư cách hội viên của quý vị có các thông tin từ đơn ghi danh của quý vị, bao gồm địa chỉ và số điện thoại. Nó thể hiện phạm vi bảo hiểm chương trình cụ thể của quý vị, bao gồm Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Ban đầu của quý vị/Nhóm Y tế/IPA. Nhóm Y tế là một nhóm các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác theo hợp đồng để cung cấp dịch vụ cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. IPA, hay Hiệp hội Hành nghề Độc lập, là một nhóm độc lập gồm các bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác theo hợp đồng để cung cấp dịch vụ cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi.

Chương 1. Bắt đầu với tư cách là hội viên

Các bác sỹ, bệnh viện, dược sỹ, và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới chương trình cần có thông tin chính xác về quý vị. **Các nhà cung cấp trong mạng lưới này sử dụng hồ sơ tư cách hội viên của quý vị để biết những dịch vụ và loại thuốc nào được bảo hiểm cũng như số tiền chia sẻ chi phí cho quý vị.** Do vậy, việc quý vị giúp chúng tôi cập nhật thông tin của mình là rất quan trọng.

Hãy cho chúng tôi biết về các thay đổi này:

- Thay đổi tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị
- Thay đổi trong bất kỳ phạm vi bảo hiểm sức khỏe nào khác mà quý vị có (chẳng hạn như từ chủ lao động của quý vị, chủ lao động của vợ/chồng quý vị, bồi thường cho người lao động, hoặc Medicaid)
- Nếu quý vị có bất kỳ yêu cầu trách nhiệm nào, chẳng hạn như yêu cầu từ một vụ tai nạn xe hơi
- Nếu quý vị được nhận vào một nhà dưỡng lão
- Nếu quý vị được nhận chăm sóc ở một bệnh viện hoặc phòng cấp cứu ngoài khu vực hoặc ngoài mạng lưới
- Nếu bên chịu trách nhiệm được chỉ định của quý vị (chẳng hạn như người chăm sóc) có thay đổi
- Nếu quý vị dự định tham gia một nghiên cứu lâm sàng (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải thông báo cho chương trình của mình về các nghiên cứu lâm sàng mà quý vị dự định tham gia, nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị nên làm như vậy)

Nếu bất kỳ thông tin nào trong số này thay đổi, vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên để thông báo cho chúng tôi.

Điều cũng quan trọng là quý vị phải liên lạc với An sinh Xã hội nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư của mình. Quý vị có thể tìm thấy số điện thoại và thông tin liên lạc của An sinh xã hội trong Chương 2, Phần 5.

PHẦN 7 Các loại bảo hiểm khác hoạt động như thế nào với chương trình của chúng tôi

Bảo hiểm khác

Medicare yêu cầu chúng tôi phải thu thập thông tin từ quý vị về bất kỳ phạm vi bảo hiểm y tế hoặc thuốc nào khác mà quý vị có. Điều đó là bởi chúng tôi phải điều phối bất kỳ phạm vi bảo hiểm nào khác mà quý vị có với các quyền lợi của quý vị theo chương trình của chúng tôi. Đây được gọi là **Điều phối Quyền lợi**.

Mỗi năm một lần, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bức thư liệt kê bất kỳ phạm vi bảo hiểm y tế hoặc thuốc nào khác mà chúng tôi được biết. Vui lòng đọc thông tin này thật kỹ. Nếu thông tin đúng, quý vị không cần làm bất cứ điều gì cả. Nếu thông tin không chính xác, hoặc nếu quý vị có bảo hiểm khác không được liệt kê, vui lòng gọi Dịch vụ Hội viên. Quý vị có thể cần phải cung cấp mã số hội viên chương trình của mình cho các bên bảo hiểm khác của quý vị (sau khi quý vị đã xác nhận danh tính của họ) để hóa đơn của quý vị được thanh toán chính xác và đúng hạn.

Khi quý vị có bảo hiểm khác (như bảo hiểm sức khỏe nhóm của chủ lao động), có các quy tắc được Medicare đặt ra để xác định xem chương trình của chúng tôi hoặc chương trình khác của quý vị sẽ thanh toán trước. Bảo hiểm thanh toán trước được gọi là bên thanh toán chính và thanh toán tới giới hạn phạm vi bảo hiểm của nó. Bên thanh toán thứ hai, gọi là bên thanh toán phụ, chỉ thanh toán nếu có chi phí còn lại chưa được bảo hiểm bởi bảo hiểm chính. Bên thanh toán phụ có thể không phải thanh toán toàn bộ chi phí chưa được bảo hiểm. Nếu quý vị có bảo hiểm khác, nói với bác sỹ, bệnh viện, và dược sỹ của quý vị.

Các quy tắc này áp dụng cho chương trình bảo hiểm y tế nhóm của chủ lao động hoặc công đoàn:

- Nếu quý vị có bảo hiểm hưu trí, Medicare sẽ thanh toán trước.
- Nếu bảo hiểm chương trình sức khỏe nhóm của quý vị được dựa trên việc làm hiện tại của quý vị hoặc của một thành viên gia đình, việc ai là bên thanh toán trước phụ thuộc vào độ tuổi của quý vị, số người chủ lao động của quý vị thuê, và việc quý vị có Medicare dựa trên độ tuổi, khuyết tật, hoặc Bệnh Thận Giai đoạn Cuối (End-Stage Renal Disease, ESRD) hay không:
 - Nếu quý vị dưới 65 tuổi và bị khuyết tật và quý vị hoặc thành viên gia đình quý vị vẫn đang làm việc, chương trình sức khỏe theo nhóm của quý vị sẽ chi trả trước nếu chủ thuê của quý vị có từ 100 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một chủ thuê trong chương trình đa chủ thuê có hơn 100 nhân viên.
 - Nếu quý vị trên 65 tuổi và vợ/chồng hoặc bạn cùng chung sống vẫn đang làm việc, chương trình sức khỏe nhóm của quý vị sẽ trả trước nếu chủ hãng sở có từ 20 lao động trở lên hoặc ít nhất một chủ hãng sở trong một chương trình nhiều chủ hãng sở có trên 20 lao động.
- Nếu quý vị được bảo hiểm Medicare do ESRD, chương trình bảo hiểm y tế nhóm của quý vị sẽ thanh toán trước cho 30 tháng đầu tiên sau khi quý vị đủ điều kiện nhận chương trình Medicare.

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

- Bảo hiểm không kể bên có lỗi (bao gồm bảo hiểm xe hơi)
- Bảo hiểm trách nhiệm (bao gồm bảo hiểm xe hơi)
- Quyền lợi cho bệnh phổi đen
- Bồi thường cho người lao động

Medicaid và TRICARE không bao giờ thanh toán trước cho các dịch vụ được bảo hiểm bởi Medicare. Các chương trình này chỉ thanh toán sau khi Medicare và/hoặc chương trình sức khỏe nhóm chủ lao động đã thanh toán.

Chương 2

Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

PHẦN 1 **Thông tin liên lạc của Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) (cách liên hệ với chúng tôi, bao gồm cách liên hệ với Dịch vụ Hội viên)**

Làm thế nào để liên lạc với Ban Dịch vụ Hội viên của chương trình của chúng tôi

Để được hỗ trợ về khiếu nại, thanh toán hoặc thắc mắc về thẻ hội viên, vui lòng gọi điện hoặc viết thư tới Dịch vụ Hội viên Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP). Chúng tôi rất vui lòng được trợ giúp quý vị.

Phương thức	Ban Dịch vụ Hội viên - Thông tin Liên lạc
GỌI	1-855-463-0933 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Giờ hoạt động là 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. Ban Dịch vụ Hội viên cũng có sẵn dịch vụ phiên dịch ngôn ngữ miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Giờ hoạt động là 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.
FAX	1-855-259-2087
VIẾT THƯ	Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
TRANG WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

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

Phương thức	Quyết định Bảo hiểm về Dịch vụ Chăm sóc Y tế - Thông tin Liên lạc
GỌI	1-855-463-0933 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, 7 ngày trong tuần.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, 7 ngày trong tuần.
FAX	1-833-280-5224
VIẾT THƯ	Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) PO Box 818051 Cleveland, OH 44181-8051
TRANG WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Phương thức	Quyết định bảo hiểm cho thuốc theo toa Phần D - Thông tin liên hệ
GỌI	1-855-463-0933 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.
FAX	1-877-270-0148
VIẾT THƯ	Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) Part D Coverage Determination Pharmacy Department 4750 S 44th Pl Suite 150 Phoenix, AZ 85040
TRANG WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Phương thức	Khiếu nại về Dịch vụ Chăm sóc Y tế - Thông tin Liên lạc
GỌI	1-855-463-0933 Các cuộc gọi đến số này là miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này là miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.
FAX	1-855-883-9555
VIẾT THƯ	Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181 COEGandA@aetna.com
TRANG WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Phương thức	Kháng cáo về Thuốc theo toa Phần D - Thông tin liên hệ
GỌI	1-855-463-0933 Các cuộc gọi đến số này là miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này là miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.
FAX	1-877-270-0148
VIẾT THƯ	Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) Part D Appeals Pharmacy Department 4750 S 44th Pl Suite 150 Phoenix, AZ 85040
TRANG WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Làm thế nào để liên lạc với chúng tôi khi quý vị đang đưa ra phản nàn về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

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

Phương thức	Phản nàn về Dịch vụ Chăm sóc Y tế - Thông tin Liên lạc
GỌI	1-855-463-0933 Các cuộc gọi đến số này là miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này là miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.
FAX	1-855-883-9555
VIẾT THƯ	Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181 COEGandA@aetna.com
TRANG WEB MEDICARE	Quý vị có thể gửi khiếu nại về Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) trực tiếp tới Medicare. Để gửi khiếu nại trực tuyến tới Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Phương thức	Khiếu nại về Thuốc theo toa Phần D - Thông tin liên hệ
GỌI	1-855-463-0933 Các cuộc gọi đến số này là miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này là miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.
FAX	1-855-883-9555
VIẾT THƯ	Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181
TRANG WEB MEDICARE	Quý vị có thể gửi khiếu nại về Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) trực tiếp tới Medicare. Để gửi khiếu nại trực tuyến tới Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Gửi yêu cầu yêu cầu chúng tôi thanh toán chi phí chăm sóc y tế hoặc thuốc quý vị đã nhận ở đâu
 Nếu quý vị đã nhận được hóa đơn hoặc thanh toán cho các dịch vụ (chẳng hạn như hóa đơn nhà cung cấp) mà quý vị cho rằng chúng tôi phải thanh toán, quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền hoặc thanh toán hóa đơn nhà cung cấp. Xem Chương 7 (*Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bảo hiểm*).

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

Phương thức	Yêu cầu Thanh toán cho Bảo hiểm Y tế - Thông tin Liên hệ
GỌI	1-855-463-0933 Cuộc gọi đến số này được miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này là miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần
FAX	1-855-259-2087
VIẾT THƯ	Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) PO Box 982980 El Paso, TX 79998
TRANG WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Phương thức	Yêu cầu thanh toán cho thuốc theo toa Phần D - Thông tin liên hệ
VIẾT THƯ	Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) Aetna Integrated Pharmacy Solutions PO Box 52446 Phoenix, AZ 85072
TRANG WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

PHẦN 2 Medicare (cách nhận trợ giúp và thông tin trực tiếp từ chương trình Medicare Liên Bang)

Medicare là chương trình bảo hiểm y tế Liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật và những người mắc Bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận vĩnh viễn cần phải chạy thận nhân tạo hoặc ghép thận).

Cơ quan liên bang chịu trách nhiệm về Medicare là Các trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (đôi khi được gọi là CMS). Cơ quan này ký hợp đồng với các tổ chức Medicare Advantage bao gồm chúng tôi.

Phương thức	Medicare - Thông tin Liên lạc
GỌI	1-800-MEDICARE, hoặc 1-800-633-4227 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần.
TTY	1-877-486-2048 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho người có khó khăn với việc nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này được miễn phí.
TRANG WEB	<p>www.Medicare.gov</p> <p>Đây là trang web chính thức của chính phủ cho Medicare. Nó cung cấp cho quý vị các thông tin cập nhật về Medicare và các vấn đề hiện tại của Medicare. Nó cũng đưa thông tin về các bệnh viện, nhà điều dưỡng, bác sĩ, cơ quan dịch vụ chăm sóc tại nhà, cơ sở chạy thận nhân tạo. Nó chứa các tài liệu quý vị có thể in trực tiếp từ máy tính của mình. Quý vị cũng có thể thấy thông tin liên lạc Medicare ở Tiểu bang của quý vị.</p> <p>Trang web Medicare cũng có thông tin chi tiết về mức hội đủ điều kiện Medicare và các tùy chọn ghi danh của quý vị với các công cụ sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none">• Công cụ xác định đủ điều kiện hưởng Medicare: Cung cấp thông tin về tình trạng đủ điều kiện hưởng Medicare.• Công cụ tìm kiếm chương trình Medicare: Cung cấp thông tin được cá nhân hóa về các chương trình thuốc theo toa Medicare, chương trình sức khỏe Medicare, và chính sách Medigap (Bảo hiểm Bổ sung Medicare) có sẵn trong khu vực của quý vị. Những công cụ này cung cấp một <i>ước lượng</i> về chi phí xuất túi của quý vị có thể là bao nhiêu trong các chương trình Medicare khác nhau.

Phương thức	Medicare – Thông tin Liên lạc
	<p>Quý vị cũng có thể sử dụng trang web để thông báo cho Medicare về bất kỳ khiếu nại nào quý vị có về Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hãy cho Medicare biết về khiếu nại của quý vị: Quý vị có thể gửi khiếu nại về Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) trực tiếp tới Medicare. Để gửi khiếu nại đến Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare nhận phàn nàn của quý vị nghiêm túc và sẽ sử dụng thông tin này để trợ giúp cải thiện chất lượng của chương trình Medicare. <p>Nếu quý vị không có máy vi tính, thư viện hoặc trung tâm người cao niên tại địa phương của quý vị có thể giúp quý vị xem trang mạng này bằng máy vi tính của họ. Hoặc, quý vị có thể gọi Medicare và nói với họ thông tin quý vị đang tìm kiếm. Họ sẽ tìm thông tin trên trang web và xem xét thông tin với quý vị. Quý vị có thể gọi đến Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048.</p>

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

Chương trình Trợ giúp Bảo hiểm Sức khỏe Tiểu bang (The State Health Insurance Assistance Program, SHIP) là chương trình chính phủ với những chuyên gia tư vấn được đào tạo ở mỗi Tiểu bang. Tham khảo **Phụ lục A** của tài liệu này để biết tên và thông tin liên lạc của Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Nhà nước tại tiểu bang của quý vị.

SHIP là một chương trình độc lập (không liên kết với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào) của tiểu bang nhận tiền từ chính phủ Liên bang để tư vấn miễn phí về bảo hiểm y tế tại địa phương cho những người có Medicare.

Các cố vấn của SHIP có thể giúp quý vị hiểu rõ quyền lợi Medicare của quý vị, trợ giúp quý vị khiếu nại về dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế của quý vị, và giúp quý vị giải quyết các vấn đề với các hóa đơn Medicare của quý vị. Các cố vấn của SHIP cũng có thể giúp quý vị giải đáp các thắc mắc hoặc vấn đề về Medicare và giúp quý vị hiểu các lựa chọn chương trình Medicare của mình và trả lời các câu hỏi về việc chuyển đổi các chương trình.

Chương 2. Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng**PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN SHIP VÀ CÁC NGUỒN LỰC KHÁC:**

- Truy cập www.shiphelp.org (Nhấp vào SHIP LOCATOR ở giữa trang)
- Chọn **TIỂU BANG** của quý vị từ danh sách. Thao tác này sẽ đưa quý vị đến một trang có số điện thoại và tài nguyên dành riêng cho tiểu bang của quý vị.

PHẦN 4 Tổ chức Cải thiện Chất lượng

Có một Tổ chức Cải thiện Chất lượng được chỉ định để phục vụ các bên thụ hưởng Medicare ở mỗi tiểu bang. Tham khảo **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này có tên và thông tin liên lạc của Tổ chức Cải thiện Chất lượng tại tiểu bang của quý vị.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng có một nhóm bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được Medicare trả tiền để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người tham gia Medicare. Tổ chức Cải thiện Chất lượng là một tổ chức độc lập. Nó không được liên kết với chương trình của chúng tôi.

Quý vị nên liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng trong bất kỳ tình huống nào sau đây:

- Quý vị có phàn nàn về chất lượng chăm sóc quý vị đã nhận được.
- Quý vị nghĩ rằng bảo hiểm cho việc nằm viện của quý vị kết thúc quá sớm.
- Quý vị nghĩ rằng bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc của cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) của quý vị kết thúc quá sớm.

PHẦN 5 An sinh Xã hội

An sinh Xã hội chịu trách nhiệm xác định mức hội đủ điều kiện và xử lý ghi danh cho Medicare. Công dân Hoa Kỳ và thường trú nhân hợp pháp từ 65 tuổi trở lên, hoặc bị khuyết tật hoặc mắc bệnh thận giai đoạn cuối và đáp ứng một số điều kiện nhất định sẽ hội đủ điều kiện tham gia Medicare. Nếu quý vị đã nhận được séc An sinh Xã hội, ghi danh vào Medicare là tự động. Nếu Quý vị chưa nhận được séc An sinh Xã hội, quý vị phải ghi danh Medicare. Để đăng ký Medicare, quý vị có thể gọi cho An sinh Xã hội hoặc đến văn phòng An sinh Xã hội địa phương của quý vị.

An sinh Xã hội cũng chịu trách nhiệm xác định ai phải trả thêm tiền cho phạm vi bảo hiểm thuốc Phần D vì họ có thu nhập cao hơn. Nếu quý vị nhận thư từ An sinh Xã hội thông báo với quý vị rằng quý vị phải trả tiền thêm và có các câu hỏi về số tiền hoặc nếu thu nhập của quý vị đã đi xuống vì một sự kiện làm thay đổi cuộc sống, quý vị có thể gọi cho An sinh xã hội để yêu cầu xem xét lại.

Nếu quý vị chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư, điều quan trọng là quý vị phải cho An sinh Xã hội biết.

Phương thức	An sinh Xã hội - Thông tin Liên lạc
GỌI	1-800-772-1213 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Giờ làm việc từ 8:00 giờ sáng đến 7:00 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Quý vị có thể sử dụng dịch vụ điện thoại tự động của An sinh Xã hội để nhận thông tin được ghi âm và tiến hành công việc 24 giờ một ngày.
TTY	1-800-325-0778 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho người có khó khăn với việc nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Giờ làm việc từ 8:00 giờ sáng đến 7:00 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu.
TRANG WEB	www.ssa.gov

PHẦN 6 Medicaid

Medicaid là chương trình chung của Tiểu bang và liên bang trợ giúp chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế.

Những Chương trình Tiết kiệm Medicare giúp cho người có thu nhập và nguồn lực hạn chế:

- **Người thụ hưởng Medicare Đủ tiêu chuẩn (QMB):** Trợ giúp trả tiền phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B, và các chia sẻ chi phí khác (như khấu trừ, đồng bảo hiểm, và đồng thanh toán). (Một số người có QMB cũng hội đủ điều kiện hưởng toàn bộ quyền lợi Medicaid (QMB+).)

Nếu quý vị có thắc mắc về hỗ trợ quý vị nhận được từ Medicaid, liên lạc với Cardinal Care.

Chương trình Thanh tra giúp những người ghi danh tham gia Medicaid giải quyết các vấn đề về dịch vụ hoặc thanh toán. Họ có thể giúp quý vị đệ đơn phàn nàn hoặc khiếu nại về chương trình của chúng tôi.

Chương trình LTC Ombudsman giúp mọi người nhận thông tin về viện dưỡng lão và giải quyết các vấn đề về viện dưỡng lão và cư dân hoặc gia đình họ.

Tham khảo **Phụ lục A** của tài liệu này để biết tên và thông tin liên lạc của các chương trình Cardinal Care và Ombudsman tại tiểu bang của quý vị.

PHẦN 7 Thông tin về các chương trình giúp mọi người thanh toán tiền thuốc theo toa

Trang web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) cung cấp thông tin về cách giảm chi phí thuốc theo toa của quý vị. Đối với những người có thu nhập hạn chế, cũng có các chương trình khác hỗ trợ, được mô tả bên dưới.

Chương trình “Trợ cấp Đặc biệt” của Medicare

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Medicaid, quý vị đủ tiêu chuẩn và đang được “Trợ cấp Đặc biệt” từ Medicare để thanh toán cho chi phí chương trình thuốc theo toa của quý vị. Quý vị không cần làm bất kỳ việc gì thêm để nhận “Trợ cấp Đặc biệt.”

Nếu quý vị có thắc mắc gì về “Trợ cấp Đặc biệt,” xin gọi:

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

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần;
- Văn phòng An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213, từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Người dùng TTY nên gọi [1-800-325-0778](tel:1-800-325-0778); hoặc
- Văn phòng Medicaid của Tiểu bang quý vị (Xem **Phụ lục A** của tài liệu này để biết thông tin liên lạc).

Nếu quý vị tin rằng quý vị đang thanh toán số tiền chia sẻ chi phí không chính xác khi quý vị mua thuốc theo toa tại nhà thuốc, thì chương trình của chúng tôi có quy trình để quý vị yêu cầu hỗ trợ thu thập bằng chứng về mức đồng thanh toán phù hợp của quý vị hoặc nếu quý vị đã có bằng chứng, cung cấp bằng chứng này cho chúng tôi. Quý vị có thể gửi tài liệu bằng chứng của mình cho chúng tôi bằng bất kỳ phương thức liên hệ nào sau đây:

Phương thức	Bằng chứng tốt nhất có sẵn - Thông tin liên hệ
VIẾT THƯ	Best Available Evidence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
FAX	1-855-259-2087
EMAIL	BAE/LISmailbox@aetna.com

- Khi chúng tôi nhận các chứng từ thể hiện mức đồng thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ phải cập nhật hệ thống của chúng tôi để có thể thanh toán khoản đồng thanh toán chính xác khi quý vị lấy đơn thuốc tiếp theo tại nhà thuốc. Nếu quý vị chi trả vượt mức khoản đồng thanh toán của mình, chúng tôi sẽ hoàn trả lại cho quý vị. Hoặc chúng tôi sẽ chuyển cho quý vị một tấm séc với số tiền quý vị đã thanh toán vượt mức, hoặc chúng tôi sẽ bù trừ các khoản đồng thanh toán trong tương lai. Nếu nhà thuốc chưa thu khoản đồng thanh toán từ quý vị và ghi khoản đồng thanh toán này như là một khoản nợ quý vị phải trả, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho nhà thuốc đó. Nếu một Tiểu bang đã thay mặt thanh toán cho quý vị, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho tiểu bang đó. Vui lòng liên hệ với Dịch vụ Hội viên nếu quý vị có thắc mắc.

Nếu quý vị có Trợ cấp Đặc biệt và được bảo hiểm từ Chương trình hỗ trợ thuốc điều trị AIDS (ADAP) thì sao? Chương trình hỗ trợ thuốc điều trị AIDS (ADAP) là gì?

Chương trình Hỗ trợ Thuốc điều trị AIDS (ADAP) giúp những người hội đủ điều kiện tham gia ADAP đang sống chung với HIV/AIDS có thể tiếp cận với các loại thuốc điều trị HIV có thể cứu sống họ. Thuốc theo toa Medicare Phần D cũng có trong danh mục thuốc của ADAP đủ điều kiện được hỗ trợ chia sẻ chi phí thuốc theo toa thông qua ADAP tại tiểu bang của quý vị (số điện thoại có trong **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này). **Lưu ý:** Để hội đủ điều kiện tham gia chương trình ADAP hoạt động tại Tiểu bang của quý vị, cá nhân phải đáp ứng một số tiêu chí nhất định, bao gồm bằng chứng về 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 đầy đủ. Nếu quý vị thay đổi chương trình, vui lòng thông báo cho nhân viên ghi danh ADAP tại địa phương của quý vị để quý vị có thể tiếp tục nhận được hỗ trợ. Để biết thông tin về các tiêu chí hội đủ điều kiện, các thuốc được bao trả hoặc cách ghi danh tham gia chương trình, vui lòng gọi cho đầu mối liên lạc ADAP tại tiểu bang quý vị. (Tham khảo **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này để biết tên và thông tin liên lạc của ADAP tại tiểu bang của quý vị).

PHẦN 8 **Làm thế nào để liên hệ với Ban hưu trí Ngành đường sắt**

Ban Hưu trí Ngành Đường sắt là một cơ quan độc lập của Liên bang quản lý các chương trình quyền lợi toàn diện cho công nhân ngành đường sắt trong nước và gia đình họ. Nếu quý vị nhận được Medicare thông qua Ban Hưu trí Ngành Đường sắt, điều quan trọng là quý vị phải cho họ biết nếu quý vị chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư. Nếu quý vị có thắc mắc về các quyền lợi của quý vị do Ban Hưu trí Ngành Đường sắt cung cấp, vui lòng liên lạc cơ quan này.

Phương thức	Ban Hưu trí Ngành Đường sắt - Thông tin Liên lạc
GỌI	<p>1-877-772-5772 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Nếu quý vị nhấn "0", quý vị có thể nói chuyện với đại diện RRB từ 9:00 giờ sáng đến 3:30 giờ chiều, Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu, và từ 9:00 giờ sáng đến 12:00 giờ trưa vào thứ Tư. Nếu quý vị nhấn "1", quý vị có thể truy cập Đường dây trợ giúp tự động của RRB và thông tin được ghi lại 24 giờ một ngày, bao gồm cả cuối tuần và ngày lễ.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho người có khó khăn với việc nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này không miễn phí.</p>
TRANG WEB	rrb.gov/

Chương 3

Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

Chương 3. Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị**PHẦN 1 Những điều cần biết về việc nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác với tư cách là hội viên của chương trình của chúng tôi**

Chương này giải thích về những điều quý vị cần biết về việc sử dụng chương trình của chúng tôi để nhận được dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác được bảo hiểm. Phần này đưa ra các định nghĩa về thuật ngữ và giải thích các quy tắc quý vị sẽ cần phải tuân theo để nhận được các phương pháp điều trị y tế, dịch vụ, thiết bị, thuốc theo toa và chăm sóc y tế khác được chương trình đài thọ.

Để biết thông tin chi tiết về dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác được bảo hiểm của chúng tôi chi trả, hãy sử dụng biểu đồ quyền lợi trong chương tiếp theo, Chương 4 (*Bảng quyền lợi y tế, những gì được bảo hiểm*).

Phần 1.1 “Nhà cung cấp trong mạng lưới” và “dịch vụ được bảo hiểm” là gì?

- **Nhà cung cấp** là bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được tiểu bang cấp phép để cung cấp dịch vụ và chăm sóc y tế. Thuật ngữ “các nhà cung cấp” cũng bao gồm bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác.
- **Nhà cung cấp trong mạng lưới** là các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y tế, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có thỏa thuận với chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi dưới dạng thanh toán đầy đủ. Chúng tôi đã sắp xếp để những nhà cung cấp này cung cấp các dịch vụ được bao trả cho hội viên chương trình của chúng tôi. Những nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi sẽ gửi hóa đơn trực tiếp cho chúng tôi để thanh toán dịch vụ chăm sóc họ cung cấp cho quý vị. Khi quý vị sử dụng một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới, quý vị không phải trả bất cứ khoản tiền nào cho các dịch vụ được bao trả.
- **Dịch vụ được bảo hiểm** bao gồm tất cả các dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe, vật tư, thiết bị và Thuốc theo toa được bảo hiểm của chúng tôi chi trả. Các dịch vụ chăm sóc y tế được bảo hiểm của quý vị được liệt kê trong biểu đồ quyền lợi trong Chương 4. Các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị đối với thuốc theo toa được thảo luận trong Chương 5.

Phần 1.2 Các quy tắc cơ bản để được hưởng dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác được bảo hiểm chi trả

Là một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare, Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) phải chi trả cho tất cả các dịch vụ được Original Medicare chi trả và có thể cung cấp các dịch vụ khác ngoài các dịch vụ được Original Medicare chi trả (Xem *Biểu đồ quyền lợi y tế* trong Chương 4, Phần 2.1).

Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) thường sẽ chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị miễn là:

- **Dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được được bao gồm trong Biểu đồ quyền lợi y tế của chương trình** (biểu đồ này ở trong Chương 4 của tài liệu này).
- **Dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được coi là cần thiết về mặt y tế.** Cần thiết về mặt y tế nghĩa là các dịch vụ, vật tư y tế, thiết bị hoặc thuốc cần để phòng bệnh, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng bệnh lý của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận của phòng khám y tế.
- **Quý vị sẽ có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc ban đầu (PCP) trong mạng lưới, cung cấp và theo dõi dịch vụ chăm sóc của quý vị.** Là một hội viên của chương trình của chúng tôi, quý vị phải chọn một PCP trong mạng lưới (để biết thêm thông tin về vấn đề này, tham khảo Phần 2.1 trong chương này).

Chương 3. Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

- **Quý vị phải nhận được sự chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới** (để biết thêm thông tin về vấn đề này, hãy xem Phần 2 trong chương này). Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới (nhà cung cấp không thuộc mạng lưới chương trình của chúng tôi) sẽ không được bảo hiểm. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải thanh toán đầy đủ cho nhà cung cấp cho các dịch vụ được cung cấp. *Sau đây là ba trường hợp ngoại lệ:*
 - Chương trình bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp cần thiết mà quý vị nhận được từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để biết thêm thông tin về vấn đề này và xem dịch vụ khẩn cấp hoặc cần thiết cấp bách có nghĩa là gì, hãy xem Phần 3 trong chương này.
 - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare yêu cầu chương trình của chúng tôi đài thọ nhưng không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chúng tôi cung cấp dịch vụ chăm sóc này, thì quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc này từ một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới với cùng mức chia sẻ chi phí mà quý vị thường thanh toán trong mạng lưới. Quý vị phải xin phép chương trình trước khi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc. Trong trường hợp này, chúng tôi sẽ đài thọ cho dịch vụ này chẳng khác gì như quý vị đã nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới. Để biết thêm thông tin về việc xin chấp thuận để khám bác sĩ ngoài mạng lưới, hãy xem Phần 2.4 trong chương này.
 - Chương trình bao trả cho các dịch vụ chạy thận mà quý vị nhận được tại cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này tạm thời không khả dụng hoặc không thể tiếp cận được. Khoản chia sẻ chi phí mà quý vị trả cho chương trình cho dịch vụ lọc máu không bao giờ vượt quá khoản chia sẻ chi phí trong Original Medicare. Nếu quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và nhận dịch vụ lọc máu từ một nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới của chương trình, thì khoản chia sẻ chi phí của quý vị không thể vượt quá khoản chia sẻ chi phí mà quý vị trả trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp dịch vụ lọc máu trong mạng lưới thường xuyên của quý vị tạm thời không có mặt và quý vị chọn nhận dịch vụ trong khu vực dịch vụ từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới của chương trình, thì chi phí chia sẻ cho dịch vụ lọc máu có thể cao hơn.

PHẦN 2 Sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế và các dịch vụ khác

Phần 2.1	Quý vị phải chọn một Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) để cung cấp và giám sát việc chăm sóc của quý vị
----------	---

PCP là gì và PCP cung cấp cho quý vị những gì?

Là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị **phải lưu hồ sơ PCP trong mạng** với chúng tôi. Điều quan trọng là quý vị phải chọn một PCP trong mạng lưới và cho chúng tôi biết quý vị đã chọn ai. PCP của quý vị có thể giúp quý vị luôn khỏe mạnh, điều trị bệnh tật và điều phối việc chăm sóc với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. PCP (hoặc văn phòng PCP) của quý vị sẽ xuất hiện trên thẻ ID hội viên của quý vị. Nếu thẻ ID hội viên của quý vị không hiển thị PCP (hoặc văn phòng PCP) hoặc PCP trên thẻ của quý vị không phải là PCP quý vị muốn sử dụng, vui lòng liên hệ với chúng tôi ngay lập tức. Nếu quý vị sử dụng PCP có tên (hoặc tên văn phòng) không được in trên thẻ ID hội viên của mình, yêu cầu bảo hiểm của quý vị có thể bị từ chối.

Tùy thuộc vào nơi quý vị sống, các loại nhà cung cấp sau đây có thể hoạt động với tư cách là PCP:

- Bác sĩ đa khoa
- Bác sĩ nội khoa
- Bác sĩ gia đình

Chương 3. Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

- Bác sĩ nhi khoa
- Trợ lý bác sĩ (Không có sẵn ở tất cả các tiểu bang)
- Điều dưỡng điều trị (Không có sẵn ở tất cả các tiểu bang)

Vui lòng tham khảo *Danh mục Nhà cung cấp & Nhà thuốc* của quý vị hoặc vào trang web của chúng tôi tại AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider để có danh sách đầy đủ các PCP trong khu vực của quý vị.

Vai trò của PCP trong việc điều phối các dịch vụ được bảo hiểm là gì?

PCP của quý vị sẽ cung cấp hầu hết dịch vụ chăm sóc cho quý vị, và khi quý vị cần các dịch vụ chuyên biệt hơn, họ sẽ điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị với các nhà cung cấp khác. Họ sẽ giúp quý vị tìm một bác sĩ chuyên khoa và sẽ sắp xếp các dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi. Một số dịch vụ mà PCP sẽ điều phối bao gồm:

- chụp X-quang
- xét nghiệm
- các liệu pháp
- chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa
- nhập viện

“Điều phối” dịch vụ bao gồm tham vấn với những nhà cung cấp khác của chương trình về việc chăm sóc của quý vị và cách thức diễn ra. Vì PCP của quý vị sẽ cung cấp và điều phối hoạt động chăm sóc y tế của quý vị, do đó quý vị nên gửi tất cả hồ sơ y tế trước kia của mình đến văn phòng PCP.

Vai trò của PCP trong việc đưa ra quyết định về hoặc xin cho phép trước là gì? Trong một số trường hợp, PCP của quý vị hoặc nhà cung cấp khác hoặc quý vị với tư cách là người đăng ký (hội viên) của chương trình có thể cần được Phòng Quản lý Y tế của chúng tôi chấp thuận trước đối với một số loại dịch vụ hoặc xét nghiệm (đây được gọi là “được cho phép trước”). Xin phép trước là trách nhiệm của PCP, nhà cung cấp dịch vụ điều trị, hoặc quý vị với tư cách là hội viên. Các dịch vụ và mặt hàng yêu cầu phải được cho phép trước được liệt kê trong Chương 4.

Làm thế nào quý vị chọn PCP cho mình?

Quý vị có thể chọn PCP của mình bằng cách sử dụng *Danh mục Nhà cung cấp & Nhà thuốc*, bằng cách truy cập trang web của chúng tôi tại AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider hoặc nhận trợ giúp từ Dịch vụ Hội viên.

Nếu quý vị chưa chọn PCP, chúng tôi sẽ chọn PCP cho quý vị. Quý vị có thể thay đổi PCP của mình (như được giải thích sau trong phần này) vì bất kỳ lý do gì, và bất kỳ lúc nào bằng cách liên hệ với Dịch vụ Hội viên.

Đổi bác sĩ PCP của quý vị

Quý vị có thể đổi PCP của quý vị vì bất cứ lý do nào, vào bất cứ lúc nào. Đồng thời, PCP của quý vị có thể dời khỏi mạng lưới các nhà cung cấp của chúng tôi và quý vị sẽ phải tìm một PCP mới. Hãy liên hệ ngay với chúng tôi nếu thẻ ID hội viên của quý vị không có tên PCP quý vị muốn sử dụng. Chúng tôi sẽ cập nhật hồ sơ của quý vị và gửi cho quý vị thẻ ID hội viên mới để phản ánh sự thay đổi trong PCP.

Để thay đổi PCP của quý vị, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên **trước khi** quý vị đặt lịch hẹn với PCP mới. Khi quý vị gọi, đảm bảo thông báo cho Ban Dịch vụ Hội viên nếu quý vị sẽ đến gặp bác sĩ chuyên khoa hoặc đang nhận các dịch vụ được bảo hiểm khác được PCP của quý vị điều phối (chẳng hạn dịch vụ sức khỏe tại nhà và thiết bị y tế lâu bền). Họ sẽ kiểm tra để đảm bảo rằng PCP mà quý vị muốn chuyển sang sẽ chấp nhận bệnh nhân mới. Dịch vụ Hội viên sẽ thay đổi hồ sơ tư cách hội viên của quý vị để hiện tên PCP mới của quý vị, cho quý vị biết ngày yêu cầu thay đổi có hiệu lực, và trả lời các câu hỏi của quý vị về thay đổi.

Chương 3. Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

Họ cũng sẽ gửi cho quý vị một thẻ hội viên mới có ghi tên và/hoặc số điện thoại của PCP mới của quý vị.

Phần 2.2 Quý vị có thể nhận được những loại dịch vụ chăm sóc y tế và dịch vụ khác mà không cần giới thiệu từ PCP của quý vị?

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

- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ cho phụ nữ bao gồm kiểm tra vú, chụp X-quang vú sàng lọc (x-quang vú), nghiệm pháp Pap và xét nghiệm khung xương chậu với điều kiện quý vị nhận được các dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Dịch vụ sức khỏe hành vi miễn là quý vị nhận được chứng từ các nhà cung cấp trong mạng lưới. Để tiếp cận các dịch vụ sức khỏe hành vi, hãy gọi đến số điện thoại trên thẻ ID hội viên của quý vị.
- Tiêm phòng cúm (hoặc vắc-xin), tiêm phòng COVID-19, tiêm phòng viêm gan B và tiêm phòng viêm phổi miễn là quý vị tiêm từ nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Các dịch vụ cấp cứu từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Các dịch vụ cần thiết cấp bách được chương trình bảo hiểm, là các dịch vụ cần được chăm sóc y tế ngay lập tức mà không phải là trường hợp khẩn cấp, với điều kiện là quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng là không hợp lý xét theo thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết cấp bách là các bệnh tật và thương tích không lường trước được hoặc các bệnh trạng đã có sẵn bùng phát bất ngờ. Tuy nhiên, các chuyến thăm khám định kỳ cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như kiểm tra sức khỏe hàng năm, không được coi là cần thiết cấp bách ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình tạm thời không khả dụng.
- Các dịch vụ chạy thận mà quý vị nhận được tại một cơ sở chạy thận được cấp phép bởi Medicare khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình. Nếu có thể, vui lòng gọi Dịch vụ Hội viên trước khi quý vị rời khỏi khu vực dịch vụ để chúng tôi có thể hỗ trợ sắp xếp cho quý vị duy trì dịch vụ chạy thận trong khi quý vị ở xa.

Phần 2.3 Làm thế nào để nhận được sự chăm sóc từ các chuyên gia và các nhà cung cấp trong mạng lưới khác

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

- Dịch vụ chăm sóc của các bác sĩ chuyên khoa ung thư cho các bệnh nhân bị ung thư.
- Dịch vụ chăm sóc của các bác sĩ chuyên khoa tim cho các bệnh nhân bị bệnh tim.
- Dịch vụ chăm sóc của các bác sĩ chỉnh hình cho các bệnh nhân mắc bệnh về xương, khớp hoặc cơ.

Vai trò của PCP trong việc giới thiệu hội viên đến gặp bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp khác là gì?

PCP của quý vị sẽ cung cấp hầu hết dịch vụ chăm sóc cho quý vị và sẽ giúp sắp xếp hoặc điều phối phần còn lại của các dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được với tư cách là hội viên chương trình.

PCP của quý vị có thể giới thiệu quý vị đến một bác sĩ chuyên khoa, nhưng quý vị có thể đến bất kỳ bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không cần giấy giới thiệu.

Chương 3. Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị**Quy trình xin phép trước**

Trong một số trường hợp, PCP của quý vị, nhà cung cấp khác hoặc quý vị với tư cách là người đăng ký (hội viên) của chương trình có thể cần được Phòng Quản lý Y tế của chúng tôi chấp thuận trước đối với một số loại dịch vụ hoặc xét nghiệm quý vị nhận trong mạng lưới (đây được gọi là “được cho phép trước”). Xin phép trước là trách nhiệm của PCP, nhà cung cấp dịch vụ điều trị, hoặc quý vị với tư cách là hội viên. Các dịch vụ và mặt hàng yêu cầu phải được cho phép trước được liệt kê trong *Biểu đồ quyền lợi y tế* trong Chương 4, Phần 2.1.

Điều gì xảy ra nếu một bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới rời khỏi chương trình của chúng tôi?

Chúng tôi có thể tiến hành những thay đổi đối với bệnh viện, bác sĩ, và các bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp) mà là một phần của chương trình của quý vị trong năm. Nếu bác sĩ hoặc chuyên gia của quý vị rời khỏi chương trình của quý vị, quý vị có một số quyền và bảo vệ được tóm tắt dưới đây:

- Mặc dù mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi trong năm nhưng Medicare yêu cầu rằng chúng tôi phải cung cấp cho quý vị sự tiếp cận không gián đoạn với các bác sĩ chuyên khoa và bác sĩ đủ điều kiện.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về việc nhà cung cấp của quý vị sẽ rời khỏi chương trình của chúng tôi để quý vị có thời gian chọn nhà cung cấp mới.
 - Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc nhà cung cấp dịch vụ 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 đó trong vòng ba năm qua.
 - Nếu bất kỳ nhà cung cấp nào khác của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị được chỉ định thăm khám với nhà cung cấp đó, hiện đang nhận dịch vụ chăm sóc từ họ, hoặc đã gặp họ trong vòng ba tháng qua.
- Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị lựa chọn một nhà cung cấp dịch vụ đủ điều kiện trong mạng lưới mà quý vị có thể tiếp cận để tiếp tục được chăm sóc.
- Nếu quý vị đang được điều trị y khoa với nhà cung cấp hiện tại của mình, quý vị có quyền yêu cầu, và chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để đảm bảo rằng điều trị cần thiết về y khoa đang diễn ra quý vị đang nhận sẽ không bị gián đoạn.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về các giai đoạn ghi danh khác nhau dành cho quý vị và các lựa chọn mà quý vị có thể có để thay đổi kế hoạch.
- Chúng tôi sẽ sắp xếp bất kỳ quyền lợi bảo hiểm y tế cần thiết nào bên ngoài mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi, nhưng theo mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới, khi nhà cung cấp hoặc quyền lợi trong mạng lưới không có sẵn hoặc không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị.
- Nếu quý vị phát hiện ra bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị sẽ rời khỏi chương trình, vui lòng liên hệ với chúng tôi để chúng tôi có thể giúp quý vị tìm một nhà cung cấp mới và quản lý việc chăm sóc của quý vị.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã không cung cấp cho quý vị nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn để thay thế nhà cung cấp trước đó hoặc việc chăm sóc của quý vị không được quản lý phù hợp, thì quý vị có quyền gửi khiếu nại về chất lượng chăm sóc tới QIO, khiếu nại về chất lượng chăm sóc cho chương trình, hoặc cả hai. Vui lòng xem Chương 9.

Phần 2.4**Làm thế nào để nhận được sự chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới**

Là hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới. Nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc trái phép từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi có thể từ chối bảo hiểm và quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí. *Sau đây là ba trường hợp ngoại lệ:*

- Chương trình này chi trả cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để biết thêm thông tin về vấn đề này và để biết chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp có nghĩa là gì, hãy xem Phần 3 trong chương này.

Chương 3. Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

- Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare yêu cầu chương trình chúng tôi bảo hiểm và các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới của chúng tôi không thể cung cấp được dịch vụ chăm sóc này, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc này tại một nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới. Quý vị phải xin phép chương trình trước khi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc. Trong trường hợp này, nếu dịch vụ chăm sóc được chấp thuận, quý vị sẽ thanh toán số tiền như quý vị sẽ trả nếu nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới. PCP của quý vị hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới sẽ liên hệ với chúng tôi để xin phép cho quý vị thăm khám với nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Các dịch vụ chạy thận mà quý vị nhận được tại một cơ sở chạy thận được cấp phép bởi Medicare khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình.

Quý vị nên yêu cầu nhà cung cấp ngoài mạng lưới gửi hóa đơn cho chúng tôi trước. Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được bảo hiểm hoặc nếu nhà cung cấp ngoài mạng lưới gửi cho quý vị hóa đơn mà quý vị cho rằng chúng tôi phải thanh toán, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Hội viên hoặc gửi hóa đơn cho chúng tôi. Xem Chương 7 để biết thông tin về cách yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền hoặc thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận.

PHẦN 3 Làm thế nào để nhận được dịch vụ khi quý vị gặp trường hợp cần được chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp hoặc trong thảm họa

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

Cấp cứu y tế là gì và quý vị nên làm gì nếu gặp phải tình trạng đó?

Trường hợp cấp cứu - Cấp cứu y tế là khi quý vị, hoặc bất kỳ người bình thường thận trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học, tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để tránh tử vong (và nếu quý vị là phụ nữ mang thai, mất thai nhi), mất chi hoặc chức năng của chi, hoặc mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y khoa có thể là ốm, chấn thương, đau dữ dội, hoặc bệnh lý tiến triển xấu nhanh chóng.

Nếu quý vị cần cấp cứu y tế:

- **Nhận trợ giúp càng nhanh càng tốt.** Gọi 911 để được trợ giúp hoặc tới phòng cấp cứu hay bệnh viện gần nhất. Gọi phương tiện vận chuyển cấp cứu nếu quý vị cần. Quý vị *không* cần phải có sự chấp thuận hoặc giới thiệu trước từ PCP của quý vị. Quý vị không cần sử dụng bác sĩ trong mạng lưới. Quý vị có thể được bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế khẩn cấp bất cứ khi nào quý vị cần, bất cứ nơi nào ở Hoa Kỳ hoặc lãnh thổ của nó, và từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép cấp tiểu bang thích hợp ngay cả khi chúng không thuộc mạng lưới của chúng tôi.
- **Ngay khi có thể được, hãy thông báo cho chương trình chúng tôi biết về việc cấp cứu của quý vị.** Chúng tôi cần theo dõi việc chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hoặc ai đó khác phải báo cho chúng tôi biết về việc chăm sóc cấp cứu của quý vị, luôn trong vòng 48 giờ. Vui lòng gọi đến Dịch vụ Hội viên (số điện thoại được in trên thẻ ID hội viên của quý vị).

Quý vị được bảo hiểm gì khi cấp cứu y tế?

Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ trên toàn thế giới bên ngoài Hoa Kỳ trong các trường hợp sau:

- Chăm sóc cấp cứu
- Chăm sóc cần thiết khẩn cấp
- Vận chuyển bằng xe cấp cứu từ hiện trường cấp cứu đến cơ sở điều trị y tế gần nhất

Chương 3. Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

Việc vận chuyển trở về Hoa Kỳ từ một quốc gia khác không được bảo hiểm. Các thủ thuật được lên lịch trước và/hoặc tự chọn sẽ không được bao trả. Xem Biểu đồ Quyền lợi Y tế ở Chương 4 để biết thêm thông tin. Hãy đảm bảo lấy một bản sao của tất cả hồ sơ bệnh án từ cơ sở cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp trước khi quý vị rời đi; quý vị có thể cần họ nộp đơn yêu cầu bồi thường hoặc hỗ trợ xử lý yêu cầu bồi thường. Nếu không có những hồ sơ này, chúng tôi không thể thanh toán yêu cầu bồi thường của quý vị.

Chương trình của chúng tôi bao gồm các dịch vụ vận chuyển cứu thương trong những trường hợp mà việc tới phòng cấp cứu theo bất kỳ cách nào khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng đài thọ cho các dịch vụ y tế trong trường hợp cấp cứu.

Các bác sĩ đang chăm sóc cấp cứu cho quý vị sẽ quyết định khi nào thì tình trạng bệnh của quý vị ổn định và qua khỏi giai đoạn cấp cứu y tế.

Sau khi qua khỏi giai đoạn cấp cứu quý vị được quyền hưởng dịch chăm sóc tiếp theo để đảm bảo tình trạng của quý vị tiếp tục ổn định. Các bác sĩ của quý vị sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị cho đến khi họ liên hệ với chúng tôi và lên kế hoạch chăm sóc thêm. Việc chăm sóc tiếp theo của quý vị sẽ được chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Nếu quý vị được chăm sóc cấp cứu bởi một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi sẽ cố gắng bố trí những nhà cung cấp trong mạng lưới để đảm nhiệm việc chăm sóc của quý vị ngay khi tình trạng bệnh của quý vị và hoàn cảnh cho phép.

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

Đôi khi khó mà biết tình trạng của quý vị có cần được cấp cứu y tế hay không. Ví dụ, quý vị có thể đi điều trị cấp cứu do nghĩ rằng sức khỏe của mình đang gặp nguy hiểm nghiêm trọng và rồi cuối cùng bác sĩ có thể nói rằng đó không phải là một cấp cứu y tế. Nếu hóa ra đó không phải là một cấp cứu, một khi quý vị có lý do để nghĩ rằng sức khỏe của mình đang bị nguy hiểm nghiêm trọng, chúng tôi sẽ bảo hiểm cho việc chăm sóc của quý vị.

Tuy nhiên, sau khi bác sĩ đã nói rằng đó *không* phải là trường hợp cấp cứu, chúng tôi sẽ chi trả thêm dịch vụ chăm sóc *chỉ khi* quý vị nhận được sự chăm sóc bổ sung theo một trong hai cách sau:

- Quý vị tới một nhà cung cấp trong mạng lưới để được chăm sóc bổ sung.
- - hoặc - Việc chăm sóc bổ sung mà quý vị nhận được được coi là dịch vụ cần thiết cấp bách và quý vị phải tuân thủ các quy tắc để nhận được dịch vụ chăm sóc khẩn cấp này (để biết thêm thông tin về điều này, hãy xem Phần 3.2 bên dưới).

Phần 3.2**Nhận được sự chăm sóc khi quý vị có nhu cầu cấp thiết về dịch vụ****Dịch vụ khẩn cấp cần thiết là gì?**

Một dịch vụ được chương trình bảo hiểm yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức mà không phải trường hợp cấp cứu là dịch vụ cần thiết cấp bách nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng là không hợp lý xét theo thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết cấp bách là các bệnh tật và thương tích không lường trước được hoặc các bệnh trạng đã có sẵn bùng phát bất ngờ. Tuy nhiên, các chuyến thăm khám định kỳ cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như kiểm tra sức khỏe hàng năm, không được coi là cần thiết cấp bách ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình tạm thời không khả dụng.

Nếu quý vị cần tìm một cơ sở chăm sóc khẩn cấp, quý vị có thể tìm một trung tâm chăm sóc khẩn cấp trong mạng lưới gần quý vị bằng cách sử dụng *Danh mục Nhà cung cấp & Nhà thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi tại [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/better-health/virginia-hmosnp/find-provider) hoặc nhận trợ giúp từ Dịch vụ Hội viên.

Chương 3. Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ trên toàn thế giới bên ngoài Hoa Kỳ trong các trường hợp sau:

- Chăm sóc cấp cứu
- Chăm sóc cần thiết khẩn cấp
- Vận chuyển bằng xe cấp cứu từ hiện trường cấp cứu đến cơ sở điều trị y tế gần nhất

Việc vận chuyển trở về Hoa Kỳ từ một quốc gia khác không được bảo hiểm. Các thủ thuật được lên lịch trước và/hoặc tự chọn sẽ không được bao trả. Xem Biểu đồ Quyền lợi Y tế trong Chương 4 để biết thêm thông tin. Hãy đảm bảo lấy một bản sao của tất cả hồ sơ bệnh án từ cơ sở cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp trước khi quý vị rời đi; quý vị có thể cần họ nộp đơn yêu cầu bồi thường hoặc hỗ trợ xử lý yêu cầu bồi thường. Nếu không có những hồ sơ này, chúng tôi không thể thanh toán yêu cầu bồi thường của quý vị.

Phần 3.3 Nhận được sự chăm sóc trong thảm họa

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

Vui lòng truy cập trang web sau: AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp để biết thông tin về cách nhận được sự chăm sóc cần thiết trong thảm họa.

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

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

Phần 4.1 Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ được bảo hiểm

Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được bảo hiểm hoặc nếu quý vị đã nhận được hóa đơn cho các dịch vụ y tế được bảo hiểm, hãy đến Chương 7 (*Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bảo hiểm*) để biết thông tin về những việc cần làm.

Phần 4.2 Quý vị nên làm gì nếu các dịch vụ không được bảo hiểm chi trả?

Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) chi trả tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế như được liệt kê trong Biểu đồ quyền lợi y tế ở Chương 4 của tài liệu này. Nếu quý vị nhận được các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bảo hiểm hoặc các dịch vụ nhận được ngoài mạng lưới và không được phép, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí dịch vụ. Trước khi thanh toán chi phí dịch vụ, hãy liên hệ với Medicaid để tìm hiểu xem dịch vụ đó có được Medicaid bao trả hay không.

Đối với những dịch vụ bảo hiểm có giới hạn quyền lợi, quý vị cũng sẽ trả tất cả chi phí của bất kỳ dịch vụ nào mà quý vị nhận sau khi đã sử dụng hết quyền lợi của mình cho loại dịch vụ được bảo hiểm đó. Bất kỳ số tiền nào quý vị trả cho các dịch vụ sau khi đã đạt đến giới hạn quyền lợi đều sẽ không được tính vào số tiền tối đa của quý vị. Quý vị có thể gọi Ban Dịch vụ Hội viên khi muốn biết mình đã sử dụng bao nhiêu giới hạn quyền lợi rồi.

Chương 3. Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị**PHẦN 5 Các dịch vụ y tế của quý vị được bảo hiểm như thế nào khi tham gia nghiên cứu lâm sàng?****Phần 5.1 Nghiên cứu lâm sàng là gì?**

Một nghiên cứu lâm sàng (còn gọi là *thử nghiệm lâm sàng*) là cách các bác sĩ và nhà khoa học thử nghiệm các loại hình chăm sóc y tế mới, chẳng hạn như hiệu quả của một loại thuốc điều trị ung thư mới. Một số nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận. Các nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận thường yêu cầu tình nguyện viên tham gia nghiên cứu.

Khi Medicare phê duyệt nghiên cứu đó, và quý vị quan tâm, người nào đó làm việc cho nghiên cứu sẽ liên lạc với quý vị để giải thích thêm về nghiên cứu và xem quý vị có đáp ứng các yêu cầu do các nhà khoa học đang thực hiện nghiên cứu đưa ra hay không. Quý vị có thể tham gia nghiên cứu miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu của nghiên cứu và quý vị hoàn toàn hiểu và chấp nhận những gì liên quan nếu quý vị tham gia nghiên cứu.

Nếu quý vị tham gia nghiên cứu mà Medicare phê duyệt, Original Medicare sẽ thanh toán gần như toàn bộ các chi phí cho các dịch vụ được bảo hiểm mà quý vị nhận được trong khuôn khổ nghiên cứu. Nếu quý vị cho chúng tôi biết rằng quý vị đang tham gia một thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện, thì quý vị chỉ phải thanh toán khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho các dịch vụ trong thử nghiệm đó. Ví dụ, nếu quý vị đã trả nhiều hơn, nếu quý vị đã trả số tiền chia sẻ chi phí của Original Medicare, chúng tôi sẽ hoàn trả phần chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả và số tiền chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị sẽ cần cung cấp giấy tờ để cho chúng tôi biết số tiền quý vị đã thanh toán. Khi quý vị tham gia một nghiên cứu kiểm tra lâm sàng, quý vị có thể duy trì ghi danh trong chương trình của chúng tôi và tiếp tục nhận phần chăm sóc còn lại (phần chăm sóc không liên quan đến nghiên cứu) thông qua chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn tham gia vào bất kỳ nghiên cứu lâm sàng nào được Medicare chấp thuận, quý vị không cần phải thông báo cho chúng tôi hoặc xin sự chấp thuận từ chúng tôi hoặc PCP của quý vị. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị như một phần của nghiên cứu lâm sàng *không* cần phải là một phần trong mạng lưới nhà cung cấp của chương trình của chúng tôi. Xin lưu ý rằng khoản tiền này không bao gồm các quyền lợi mà chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm bao gồm, như một phần, thử nghiệm lâm sàng hoặc đăng ký để đánh giá quyền lợi. Những điều này bao gồm một số lợi ích nhất định được chỉ định theo các quyết định về phạm vi bảo hiểm quốc gia yêu cầu bảo hiểm với các nghiên cứu phát triển bằng chứng (NCDs-CED) và miễn trừ thiết bị nghiên cứu (IDE) và có thể phải tuân theo sự cho phép trước và các quy tắc khác của chương trình.

Mặc dù quý vị không cần phải có sự cho phép của chương trình của chúng tôi để tham gia vào nghiên cứu lâm sàng được Original Medicare chi trả cho những người ghi danh Medicare Advantage, chúng tôi khuyến khích quý vị thông báo cho chúng tôi trước khi quý vị quyết định tham gia vào các thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện của Medicare.

Nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu mà Medicare đã *không* phê duyệt, *quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán tất cả các chi phí cho việc tham gia nghiên cứu của quý vị.*

Phần 5.2 Khi quý vị tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng, ai sẽ trả tiền cho những khoản gì?

Một khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận, Original Medicare sẽ bao trả cho các khoản mục và dịch vụ thông thường quý vị nhận được trong quá trình nghiên cứu, bao gồm:

Chương 3. Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

- Phòng ở và bữa ăn trong thời gian nội trú tại bệnh viện mà Medicare vẫn thanh toán ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu.
- Phẫu thuật và các thủ thuật y tế khác nếu đó là một phần của cuộc nghiên cứu kiểm tra.
- Điều trị các tác dụng phụ và các biến chứng của việc chăm sóc mới.

Sau khi Medicare thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình cho các dịch vụ này, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán phần còn lại. Giống như tất cả các dịch vụ được bảo hiểm, quý vị sẽ không phải trả gì cho các dịch vụ được bảo hiểm mà quý vị nhận được trong nghiên cứu lâm sàng. Khi quý vị tham gia nghiên cứu khảo sát lâm sàng, **Medicare và chương trình của chúng tôi đều sẽ không thanh toán cho bất cứ dịch vụ nào sau đây:**

- Nói chung, Medicare sẽ *không* thanh toán cho mặt hàng hoặc dịch vụ mới mà nghiên cứu đang thử nghiệm trừ khi Medicare sẽ chi trả cho mặt hàng hoặc dịch vụ đó ngay cả khi quý vị *không* trong một nghiên cứu.
- Các danh mục hoặc dịch vụ được cung cấp chỉ để thu thập dữ liệu, và không sử dụng trong chăm sóc sức khỏe trực tiếp của quý vị. Ví dụ, Medicare sẽ không thanh toán chi phí chụp CT hàng tháng được thực hiện như một phần trong nghiên cứu nếu bình thường tình trạng bệnh lý của quý vị chỉ cần chụp CT một lần.
- Các mặt hàng và dịch vụ thường được nhà tài trợ nghiên cứu cung cấp miễn phí cho bất kỳ người ghi danh nào tham gia thử nghiệm.

Quý vị có muốn biết thêm thông tin không?

Quý vị có thể nhận thêm thông tin về việc tham gia nghiên cứu lâm sàng bằng cách truy cập trang web của Medicare để đọc hoặc tải xuống ấn phẩm Medicare và Nghiên cứu lâm sàng. (Ấn phẩm có sẵn tại: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

PHẦN 6 Quy định để được chăm sóc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế mang tính tôn giáo

Phần 6.1 Cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế mang tính tôn giáo là gì?

Cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế thuộc về tôn giáo là một cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho tình trạng bệnh thông thường có thể được điều trị trong bệnh viện hoặc cơ sở chăm sóc điều dưỡng chuyên môn. Nếu việc nhận dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện hoặc cơ sở chăm sóc điều dưỡng chuyên môn trái với tín ngưỡng tôn giáo của hội viên, chúng tôi sẽ thay thế bằng bảo hiểm cho việc chăm sóc tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế thuộc về tôn giáo. Quyền lợi này chỉ được cung cấp cho các dịch vụ nội trú Phần A (dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế).

Phần 6.2 Nhận Chăm Sóc từ một Cơ Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Phi Y Tế Mang Tính Tôn Giáo

Để nhận được chăm sóc từ cơ sở chăm sóc sức khỏe phi y tế thuộc về tôn giáo, quý vị phải ký vào một văn bản pháp lý tuyên bố là quý vị kịch liệt phản đối điều trị y tế **không bị loại trừ**.

- Chăm sóc hoặc điều trị y tế **không bị loại trừ** là bất kỳ chăm sóc hoặc điều trị y tế nào *tự nguyện* và *không bắt buộc* theo bất kỳ luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương nào.
- Điều trị y tế **bị loại trừ** là chăm sóc y tế hoặc điều trị mà quý vị nhận được *không* tự nguyện hoặc *là bắt buộc* theo luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.

Chương 3. Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bảo trả khác của quý vị

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

- Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc đó phải có giấy chứng nhận của Medicare.
- Phạm vi bảo hiểm cho dịch vụ của chương trình chúng tôi mà quý vị nhận được bị giới hạn ở các khía cạnh chăm sóc *phi tôn giáo*.
- Nếu quý vị nhận được các dịch vụ từ cơ sở này cung cấp cho quý vị trong một cơ sở, các điều kiện sau áp dụng:
 - Quý vị phải có tình trạng bệnh lý cho phép quý vị nhận được các dịch vụ được bảo hiểm cho chăm sóc tại bệnh viện nội trú hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
 - - và - Quý vị phải được sự chấp thuận trước từ chương trình của chúng tôi trước khi được nhận vào cơ sở, nếu không thời gian lưu trú của quý vị sẽ không được bảo hiểm.

Có thể áp dụng giới hạn bảo hiểm Bệnh viện nội trú Medicare (xem Biểu đồ quyền lợi y tế trong Chương 4).

PHẦN 7 Quy định về quyền sở hữu thiết bị y tế lâu bền

Phần 7.1	Quý vị có sở hữu thiết bị y tế bền lâu sau khi thanh toán một số khoản nhất định theo chương trình của chúng tôi không?
----------	---

Thiết bị y tế lâu bền (DME) gồm có các mục như thiết bị oxy và các vật tư y tế, xe lăn, khung đi bộ, nạng, bộ nệm điện, vật dụng cho người bị tiểu đường, thiết bị trợ nói, bơm truyền tĩnh mạch IV, máy tạo khí dung và giường bệnh được nhà cung cấp yêu cầu để sử dụng trong nhà. Hội viên luôn sở hữu một số vật dụng, chẳng hạn bộ phận giả. Trong mục này, chúng tôi sẽ nói về các loại DME mà quý vị phải thuê.

Trong Original Medicare, người thuê một số loại DME nhất định sẽ sở hữu thiết bị sau khi trả các khoản đồng thanh toán cho thiết bị đó trong 13 tháng. Với tư cách là hội viên của Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) trong một số trường hợp hạn chế nhất định, chúng tôi sẽ chuyển quyền sở hữu mặt hàng DME cho quý vị. Xin gọi Ban Phục vụ Hội viên để biết thêm thông tin.

Chuyện gì sẽ xảy ra cho các khoản trả quý vị đã thực hiện cho thiết bị y tế lâu bền nếu quý vị chuyển sang Original Medicare?

Nếu quý vị không đạt được quyền sở hữu DME khi thuộc chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ phải thực hiện 13 đồng thanh toán liên tục sau khi quý vị chuyển sang Original Medicare để đạt được quyền sở hữu thiết bị đó. Các khoản thanh toán được thực hiện trong khi ghi danh tham gia chương trình của quý vị không được tính.

Ví dụ 1: Quý vị đã thanh toán liên tiếp 12 lần hoặc ít hơn cho mặt hàng trong Original Medicare sẽ không được tính. Quý vị sẽ phải thực hiện 13 lần thanh toán cho chương trình của chúng tôi trước khi sở hữu vật dụng đó.

Ví dụ 2: Quý vị đã thanh toán 12 lần hoặc ít hơn cho mặt hàng trong Original Medicare và sau đó tham gia chương trình của chúng tôi. Quý vị đã tham gia chương trình của chúng tôi nhưng không có quyền sở hữu trong thời gian tham gia chương trình của chúng tôi. Sau đó, quý vị quay trở lại Original Medicare. Quý vị sẽ phải thực hiện 13 lần thanh toán mới liên tiếp để sở hữu vật dụng đó một khi quý vị tham gia lại Original Medicare. Tất cả các khoản thanh toán trước đó (dù là cho chương trình của chúng tôi hay cho Original Medicare) đều không được tính.

Chương 3. Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị

Phần 7.2

Quy định về thiết bị, vật tư và bảo dưỡng oxy

Quý vị được hưởng những quyền lợi gì về oxy?

Nếu quý vị hội đủ điều kiện được bảo hiểm thiết bị oxy của Medicare, Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) sẽ chi trả:

- Việc thuê thiết bị oxy
- Cung cấp oxy và hàm lượng oxy
- Đường ống và các phụ kiện oxy liên quan để cung cấp oxy và hàm lượng oxy
- Bảo trì và sửa chữa thiết bị oxy

Nếu quý vị rời khỏi Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) hoặc không còn nhu cầu sử dụng thiết bị oxy vì lý do y tế nữa, thì quý vị phải trả lại thiết bị oxy.

Điều gì xảy ra nếu quý vị rời khỏi chương trình của mình và trở lại Original Medicare?

Original Medicare yêu cầu nhà cung cấp oxy nào đó cung cấp dịch vụ cho quý vị trong năm năm. Trong 36 tháng đầu tiên, quý vị sẽ thuê thiết bị. Trong 24 tháng còn lại, nhà cung cấp sẽ cung cấp thiết bị và bảo trì (quý vị vẫn phải đồng thanh toán cho oxy). Sau 5 năm, quý vị có thể chọn tiếp tục hợp tác với công ty cũ hoặc chuyển sang công ty khác. Vào thời điểm này, chu kỳ năm năm lại bắt đầu, ngay cả khi quý vị vẫn duy trì với cùng một công ty, yêu cầu quý vị phải trả đồng thanh toán trong 36 tháng đầu tiên. Nếu quý vị tham gia hoặc rời khỏi chương trình của chúng tôi, chu kỳ năm năm sẽ bắt đầu lại.

Chương 4

Biểu Đồ Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)

PHẦN 1 Hiểu về các dịch vụ được bảo hiểm

Chương này cung cấp Biểu đồ quyền lợi y tế liệt kê các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị với tư cách là hội viên của Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP). Sau đó trong chương này, quý vị có thể tìm thấy thông tin về các dịch vụ y tế không được bảo hiểm. Nó cũng giải thích các giới hạn về một số dịch vụ nhất định.

Phần 1.1 Quý vị không phải trả bất kỳ khoản phí nào cho các dịch vụ được bảo hiểm của mình

Bởi vì quý vị nhận được hỗ trợ từ Medicaid, nên quý vị không phải trả gì cho các dịch vụ được bao trả của mình miễn là quý vị tuân theo các quy định của chương trình để nhận được sự chăm sóc của mình. (Xem Chương 3 để biết thêm thông tin về các quy tắc của chương trình khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc.) Để hiểu thông tin thanh toán mà chúng tôi cung cấp trong chương này, quý vị cần biết về các loại chi phí xuất túi mà quý vị có thể phải trả cho các dịch vụ được bảo hiểm của mình.

Phần 1.2 Quý vị sẽ phải trả nhiều nhất bao nhiêu cho các dịch vụ y tế được bảo hiểm?

Lưu ý: Vì các hội viên của chúng tôi cũng nhận được sự hỗ trợ từ Medicaid nên rất ít hội viên đạt đến mức chi phí xuất túi tối đa này. Quý vị không có trách nhiệm phải trả bất kỳ chi phí xuất túi nào cho số tiền xuất túi tối đa cho các dịch vụ được bảo hiểm theo Phần A và Phần B.

Vì quý vị đã ghi danh tham gia Chương trình Medicare Advantage nên sẽ có giới hạn về số tiền quý vị phải tự trả hàng năm cho các dịch vụ y tế được chương trình của chúng tôi chi trả. Giới hạn này được gọi là số tiền túi tối đa (MOOP) cho các dịch vụ y tế. Đối với năm dương lịch 2025, số tiền này là **\$9,350**.

Các khoản quý vị trả cho các đồng thanh toán và đồng bảo hiểm cho các dịch vụ được bảo hiểm được tính vào khoản tiền túi tối đa này. Các khoản quý vị trả cho các thuốc theo toa Phần D của quý vị không tính vào khoản tự chi trả tối đa của quý vị. Ngoài ra, số tiền quý vị trả cho một số dịch vụ không được tính vào tiền túi tối đa của quý vị. Các dịch vụ này được đánh dấu bằng dấu hoa thị trong Bảng Quyền lợi Y tế. Nếu quý vị đạt đến số tiền xuất túi tối đa **\$9,350**, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ chi phí xuất túi nào trong thời gian còn lại của năm cho các dịch vụ được bảo hiểm. Tuy nhiên quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare Phần B (nếu phí bảo hiểm Phần B của quý vị được Medicare hoặc một bên thứ ba khác trả cho quý vị).

PHẦN 2 Sử dụng Biểu đồ quyền lợi y tế để tìm hiểu những gì được bao trả

Phần 2.1 Quyền lợi y tế của quý vị khi là hội viên của chương trình

Biểu đồ Quyền lợi Y tế trên các trang sau liệt kê các dịch vụ mà Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) chi trả. Bảo hiểm thuốc theo toa Phần D nằm trong Chương 5. Các dịch vụ liệt kê trong Bảng Quyền lợi được bảo hiểm chỉ khi đáp ứng được các điều kiện bảo hiểm sau:

- Các dịch vụ được Medicare bảo hiểm phải được cung cấp theo các hướng dẫn bảo hiểm được Medicare đặt ra.
- Các dịch vụ của quý vị (bao gồm chăm sóc y tế, dịch vụ, vật tư, thiết bị và thuốc theo toa Phần B) *phải* cần thiết về mặt y tế. Cần thiết về mặt y tế nghĩa là các dịch vụ, vật tư y tế hoặc thuốc cần để phòng bệnh, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng bệnh lý của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận của phòng khám y tế.

- Đối với những người mới ghi danh, chương trình chăm sóc phối hợp MA của quý vị phải cung cấp thời gian chuyển tiếp tối thiểu là 90 ngày, trong thời gian đó, chương trình MA mới có thể không yêu cầu phải được chấp thuận trước cho bất kỳ liệu trình điều trị tích cực nào, ngay cả khi liệu trình điều trị đó là cho một dịch vụ bắt đầu với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Quý vị nhận chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được đài thọ trừ khi đó là dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp hoặc trừ khi chương trình của quý vị hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới đã giới thiệu cho quý vị. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải thanh toán đầy đủ cho nhà cung cấp cho các dịch vụ được cung cấp.
- Quý vị có nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc ban đầu (PCP) đang cung cấp và theo dõi sức khỏe của quý vị.
- Một số dịch vụ được liệt kê trong Biểu đồ quyền lợi y tế được bảo hiểm *chỉ* khi bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới khác của quý vị nhận được sự chấp thuận trước (đôi khi được gọi là sự cho phép trước) từ chúng tôi. Các dịch vụ được đài thọ cần được chấp thuận trước để được bảo hiểm như các dịch vụ trong mạng lưới được đánh dấu bằng ghi chú trong Bảng Quyền lợi Y tế.
- Nếu kế hoạch chăm sóc phối hợp của quý vị chấp thuận yêu cầu cho phép trước cho một liệu trình điều trị, thì sự chấp thuận đó phải có hiệu lực trong thời gian hợp lý về mặt y tế và cần thiết để tránh gián đoạn việc chăm sóc theo tiêu chí bảo hiểm áp dụng, tiền sử bệnh án của quý vị và khuyến nghị của nhà cung cấp dịch vụ điều trị.

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

- Quý vị được cả Medicare và Medicaid bảo hiểm. Medicare bảo hiểm chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa. Medicaid chi trả phần chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ Medicare, bao gồm các khoản thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A & B, các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán (ngoại trừ Medicare Phần D) tùy thuộc vào khả năng hội đủ điều kiện của Chương trình Tiết kiệm Y tế của quý vị. Medicaid cũng có thể đài thọ cho các dịch vụ mà Medicare không bảo hiểm, chẳng hạn như các dịch vụ chăm sóc dài hạn hoặc các dịch vụ tại nhà và cộng đồng.
- Giống như tất cả các chương trình sức khỏe Medicare, chúng tôi bảo hiểm mọi thứ mà Original Medicare bảo hiểm. (Nếu quý vị muốn biết thêm về phạm vi bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy xem trong sổ tay *Medicare & Quý vị 2025* của quý vị. Xem trực tuyến tại www.medicare.gov hoặc yêu cầu một bản sao bằng cách gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).)
- Đối với tất cả các dịch vụ phòng bệnh được bảo hiểm không mất phí theo Original Medicare, chúng tôi cũng bảo hiểm dịch vụ không mất phí cho quý vị.
- Nếu Medicare bổ sung phạm vi bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ mới nào trong năm 2025, Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ đó.
- Nếu quý vị nằm trong thời hạn 6 tháng được coi là hội đủ điều kiện tiếp tục theo chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi Medicare được chương trình Medicare Advantage chi trả. Quý vị sẽ rơi vào giai đoạn xem xét nếu quý vị mất khả năng hội đủ điều kiện Medicaid hoặc Chương trình Tiết kiệm Medicare. Khoảng thời gian xem xét bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị mất trạng thái đủ điều kiện kép. Khi quý vị đang trong thời gian được coi là hội đủ điều kiện tiếp tục, quý vị vẫn là hội viên của Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP). Tuy nhiên, trong thời gian này, quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán một số chi phí tiền túi mà trước đây đã được các quyền lợi Medicaid của quý vị thanh toán.

Các chi phí quý vị có thể phải trả bao gồm phí bảo hiểm Phần A hoặc B, tùy thuộc vào mức độ hội đủ điều kiện Medicaid của quý vị. Quý vị cũng có thể phải trả phí bảo hiểm Phần D hoặc chia sẻ chi phí thuốc Phần D dựa trên mức “Trợ giúp Bổ sung” của quý vị. Cuối cùng, quý vị có thể phải chịu trách nhiệm về việc chia sẻ chi phí, bao gồm các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và các khoản khấu trừ trong thời gian xem xét. Nếu quý vị không đủ điều kiện để hưởng lại quyền lợi Medicaid hoặc không ghi danh một chương trình Medicare khác vào cuối thời hạn sáu tháng, chúng tôi sẽ hủy ghi danh quý vị khỏi Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP).


Quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi Y tế, miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu bảo hiểm được mô tả ở trên.

Thông tin Quyền lợi Quan trọng dành cho Người đăng ký Đủ điều kiện nhận “Trợ cấp Bổ sung”:

- Nếu quý vị nhận được “Trợ cấp Bổ sung” để thanh toán chi phí chương trình thuốc theo toa Medicare của mình, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và khoản đồng bảo hiểm, thì quý vị có thể đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung có mục tiêu khác và/hoặc chia sẻ chi phí giảm trừ có mục tiêu.
- Để biết thêm chi tiết, vui lòng truy cập **“VBID”** hàng trong Biểu đồ Quyền lợi Y tế bên dưới.

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

Biểu đồ Quyền lợi Y tế

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p> Sàng lọc phình động mạch chủ bụng Siêu âm sàng lọc một lần cho người có nguy cơ. Chương trình chỉ bảo hiểm cho việc tầm soát này khi quý vị có các yếu tố nguy cơ nhất định và nếu quý vị có giấy giới thiệu đi tầm soát của bác sĩ, phụ tá bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng, hoặc bác sĩ chuyên khoa điều dưỡng lâm sàng.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho những hội viên đủ điều kiện sàng lọc phòng ngừa này.</p>
<p>Châm cứu đau thắt lưng mạn tính Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <p>Người thụ hưởng Medicare được bảo hiểm tối đa 12 lần thăm khám trong 90 ngày trong các trường hợp sau:</p> <p>Cho mục đích của quyền lợi này, đau thắt lưng mạn tính được định nghĩa là:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kéo dài 12 tuần hoặc lâu hơn; • không có nguyên nhân cụ thể, trong đó không có nguyên nhân toàn thân xác định được (tức là không liên đới đến bệnh di căn, viêm, nhiễm trùng v.v.); • không liên đới đến phẫu thuật; và • không liên đới đến việc mang thai. <p>Tám buổi bổ sung sẽ được bao trả cho những bệnh nhân có dấu hiệu cải thiện. Không quá 20 lần điều trị châm cứu sẽ được cung cấp mỗi năm.</p> <p>Việc điều trị phải được ngưng lại nếu bệnh nhân không cải thiện hoặc nặng hơn.</p> <p>Yêu cầu của nhà cung cấp: Bác sĩ (theo định nghĩa trong mục 1861(r)(1) của Đạo luật An sinh Xã hội (Đạo luật)) có thể cung cấp dịch vụ châm cứu theo các yêu cầu hiện hành của tiểu bang.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần khám châm cứu được Medicare bao trả.</p>
<p><i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i></p>	

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Châm cứu đau thắt lưng mạn tính (tiếp theo)</p> <p>Trợ lý bác sĩ (PA), y tá thực hành (Np)/chuyên viên y tá lâm sàng (CNS) (được xác định trong 1861(aa)(5) của Đạo luật), và nhân sự hỗ trợ có thể cung cấp dịch vụ châm cứu nếu họ đáp ứng tất cả các yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ về châm cứu và Y học Phương đông từ một trường được Hội đồng Cấp phép về Châm cứu và Y học Phương đông (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) cấp phép; và • giấy phép hành nghề châm cứu hiện tại, đầy đủ, đang có hiệu lực và không bị hạn chế tại một Tiểu bang, Lãnh thổ hoặc Khối thịnh vượng chung (tức là Puerto Rico) của Hoa Kỳ hoặc Quận Columbia. <p>Nhân sự hỗ trợ cung cấp dịch vụ châm cứu phải được giám sát phù hợp bởi bác sĩ, PA, hoặc NP/CNS như được yêu cầu trong các quy định của chúng tôi tại 42 CFR §§ 410.26 và 410.27.</p>	
<p>Thẻ Aetna Medicare Extra Benefits</p> <p>Khi đủ điều kiện ghi danh chương trình này, quý vị sẽ nhận được Thẻ Aetna Medicare Extra Benefits để giúp thanh toán một số chi phí hàng ngày.</p> <p>Trên thẻ này quý vị nhận được:</p> <p>Ví hỗ trợ thêm có số tiền trợ cấp hàng tháng (tiền trợ cấp). Xem phần Biểu đồ quyền lợi bổ sung đặc biệt trong Chương 4 để biết thêm chi tiết.</p> <p>Quan trọng:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thẻ Aetna Medicare Extra Benefits không thay thế thẻ ID hội viên của quý vị. • Quý vị sẽ nhận được thẻ mới qua thư. Nó sẽ bao gồm hướng dẫn về cách kích hoạt và sử dụng thẻ. • Quý vị có trách nhiệm đảm bảo rằng Aetna có địa chỉ gửi thư mới nhất trong hồ sơ. Aetna không chịu trách nhiệm về thư gửi nhầm, bị mất hoặc không được gửi đến. 	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho Thẻ Aetna Medicare Extra Benefits.</p>
<p><i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i></p>	





Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Thẻ Aetna Medicare Extra Benefits (tiếp theo)</p> <ul style="list-style-type: none"> Aetna không chịu trách nhiệm về thẻ bị mất hoặc bị đánh cắp cũng như bất kỳ việc sử dụng nào liên quan đến thẻ sau đó. Nếu quý vị cần thẻ thay thế, vui lòng gọi số 1-844-428-8147 (TTY: 711) để yêu cầu cấp thẻ mới. Đồng thời, quý vị có thể truy cập một số quyền lợi nhất định bằng cách truy cập CVS.com/Aetna. Aetna không chịu trách nhiệm về số tiền bị mất do hoàn cảnh cá nhân khiến quý vị không thể sử dụng số tiền trợ cấp của mình (ví dụ: nằm viện, đi lại, v.v.). Thẻ này chỉ có thể được sử dụng tại các nhà bán lẻ trong mạng lưới chấp nhận Visa®. Thẻ này không thể được sử dụng để thanh toán thuốc theo toa hoặc các sản phẩm như rượu, thuốc lá, cần sa, súng và thẻ quà tặng. <p>Để biết thêm thông tin, quý vị có thể gọi 1-844-428-8147 (TTY: 711) 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng - 8 giờ tối giờ địa phương không bao gồm ngày lễ liên bang hoặc truy cập CVS.com/Aetna.</p>	
<p>Các dịch vụ vận chuyển cấp cứu</p> <ul style="list-style-type: none"> Các dịch vụ cấp cứu được bảo hiểm, dù cho tình huống cấp cứu hoặc không cấp cứu, bao gồm dịch vụ cấp cứu sử dụng máy bay cánh cố định, cánh quạt và các dịch vụ cấp cứu mặt đất, đến cơ sở phù hợp gần nhất có thể cung cấp chăm sóc chỉ khi chúng được cung cấp cho một hội viên có tình trạng bệnh lý mà các phương tiện vận chuyển khác có thể gây nguy hiểm đến sức khỏe người đó hoặc nếu được chương trình cho phép. Nếu dịch vụ xe cứu thương được bảo hiểm không dành cho trường hợp cấp cứu, thì phải ghi lại rằng tình trạng của hội viên đến mức các phương tiện vận chuyển khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của người đó và việc vận chuyển bằng xe cứu thương là cần thiết về mặt y tế. <p>Cần có sự cho phép trước đối với việc vận chuyển không cấp cứu bằng máy bay cánh cố định.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ cứu thương được Medicare bảo hiểm.</p>


Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Khám sức khỏe định kỳ hàng năm Khám sức khỏe định kỳ hàng năm là khám sức khỏe toàn diện bao gồm thu thập bệnh sử và cũng có thể bao gồm bất kỳ nội dung nào sau đây: sinh hiệu, quan sát tổng thể, khám đầu và cổ, khám tim và phổi, khám bụng, khám thần kinh, khám da liễu và khám tứ chi.</p> <p>Bảo hiểm cho quyền lợi bảo hiểm không được Medicare chi trả này được bổ sung cho chuyến thăm khám sức khỏe hàng năm được Medicare chi trả và chuyến thăm khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare. Quý vị có thể lên lịch khám sức khỏe định kỳ hàng năm mỗi năm một lần.</p> <p>Các phòng thí nghiệm phòng ngừa, sàng lọc, và/hoặc xét nghiệm chẩn đoán nhận được trong thăm khám này phải tuân theo phạm vi bảo hiểm của phòng thí nghiệm và xét nghiệm chẩn đoán của quý vị. (Xem Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú và dịch vụ và vật tư điều trị để biết thêm thông tin.)</p>	<p>\$0 đồng thanh toán cho kỳ khám sức khỏe định kỳ hàng năm.</p>
<p> Thăm khám sức khỏe hàng năm Nếu quý vị đã tham gia Phần B trong hơn 12 tháng, quý vị có thể đi khám sức khỏe hàng năm để lập hoặc cập nhật kế hoạch phòng ngừa cá nhân dựa trên tình trạng sức khỏe và các yếu tố rủi ro hiện tại của quý vị. Chương trình của chúng tôi sẽ chi trả cho thăm khám sức khỏe hàng năm một lần mỗi năm dương lịch.</p> <p>Lưu ý: Lần khám sức khỏe định kỳ đầu tiên của quý vị không thể diễn ra trong vòng 12 tháng kể từ lần khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare. Tuy nhiên, quý vị không cần phải có lần thăm khám Chào mừng đến với Medicare để được bảo hiểm cho các lần khám sức khỏe hàng năm sau khi quý vị đã tham gia Phần B trong 12 tháng.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho thăm khám sức khỏe hàng năm.</p>
<p> Đo mật độ xương Đối với những người đủ điều kiện (nói chung, điều này có nghĩa là những người có nguy cơ mất khối lượng xương hoặc có nguy cơ bị loãng xương), các dịch vụ sau đây được bảo hiểm 24 tháng một lần hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế: các thủ thuật xác định khối lượng xương, phát hiện mất xương hoặc xác định chất lượng xương, bao gồm giải thích của bác sĩ về kết quả.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho việc đo khối lượng xương được Medicare bảo hiểm.</p>

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p> Tầm soát ung thư vú (chụp nhũ ảnh) Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> Một cuộc chụp x-quang vú lần đầu trong độ tuổi từ 35 đến 39 Chụp nhũ ảnh sàng lọc một lần mỗi năm dương lịch cho phụ nữ từ 40 tuổi trở lên Khám vú lâm sàng 24 tháng một lần <p>Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho chụp X-quang vú sàng lọc được bảo hiểm.</p> <p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ chụp nhũ ảnh chẩn đoán.</p>
<p>Các dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch Các chương trình dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch toàn diện bao gồm tập luyện, hướng dẫn và tư vấn được bảo hiểm cho các hội viên đáp ứng một số điều kiện nhất định theo yêu cầu của bác sĩ. Chương trình cũng bảo hiểm các chương trình phục hồi chức năng tim mạch chuyên sâu thường đòi hỏi nghiêm ngặt hơn hoặc chuyên sâu hơn so với các chương trình phục hồi chức năng tim mạch.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim và phục hồi chức năng tim chuyên sâu được Medicare chi trả.</p>
<p> Thăm khám giảm nguy cơ bệnh tim mạch (liệu pháp điều trị bệnh tim mạch) Chúng tôi bảo hiểm một lần thăm khám một năm cho bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để giúp giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch của quý vị. Trong lần thăm khám này, bác sĩ của quý vị có thể thảo luận về việc sử dụng thuốc aspirin (nếu phù hợp), kiểm tra huyết áp của quý vị và cung cấp cho quý vị lời khuyên để đảm bảo quý vị ăn uống lành mạnh.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho quyền lợi phòng bệnh tim mạch liệu pháp hành vi chuyên sâu.</p>
<p> Xét nghiệm bệnh tim mạch Các xét nghiệm máu để phát hiện bệnh tim mạch (hoặc các triệu chứng bất thường liên quan tới nguy cơ cao mắc bệnh tim mạch) 5 năm một lần (60 tháng).</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho xét nghiệm bệnh tim mạch mà được bảo hiểm 5 năm một lần.</p>
<p> Tầm soát ung thư cổ tử cung và âm đạo Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> Với tất cả mọi phụ nữ: Các xét nghiệm Pap và kiểm tra phụ khoa được bảo hiểm 24 tháng một lần Nếu quý vị có nguy cơ mắc ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo cao hoặc đang trong độ tuổi sinh nở hoặc có kết quả xét nghiệm Pap bất thường trong 3 năm qua: một xét nghiệm Pap mỗi 12 tháng 	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho các kiểm tra phụ khoa và kiểm tra Pap phòng ngừa được Medicare bảo hiểm.</p>




Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Dịch vụ chỉnh nắn xương Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> Chúng tôi chỉ bao trả dịch vụ nắn bóp cột sống bằng tay để điều chỉnh trật khớp 	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ nắn bóp cột sống được Medicare bảo hiểm.</p>
<p> Tầm soát ung thư đại tràng Các xét nghiệm sàng lọc sau đây được bao trả:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nội soi đại tràng không có giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được bảo hiểm một lần mỗi 120 tháng (10 năm) cho bệnh nhân không có nguy cơ cao, hoặc 48 tháng sau khi nội soi đại tràng linh hoạt trước đây cho bệnh nhân không có nguy cơ ung thư đại trực tràng cao và một lần mỗi 24 tháng đối với những bệnh nhân nguy cơ cao sau khi soi đại tràng trước hoặc sene barium. Nội soi ống mềm đại tràng sigma cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. Mỗi 120 tháng đối với những bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân được nội soi đại tràng sàng lọc. Một lần mỗi 48 tháng đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao từ nội soi sigma linh hoạt cuối cùng hoặc thuốc xổ barium. Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân sàng lọc cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. Hai lần mỗi năm lịch. Xét nghiệm sàng lọc máu ẩn trong phân dựa trên phương pháp Guaiac cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. Hai lần mỗi năm lịch. DNA phân đa mục tiêu cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí rủi ro cao. Một lần mỗi 3 năm. Xét nghiệm sinh học dựa trên máu dành cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng tiêu chí rủi ro cao. Một lần mỗi 3 năm. Barium Enema là phương pháp thay thế cho nội soi đại tràng cho bệnh nhân có nguy cơ cao và 24 tháng kể từ lần sàng lọc cuối cùng là thuốc xổ barium hoặc nội soi đại tràng sàng lọc cuối cùng. Thụt bari như một giải pháp thay thế cho nội soi đại tràng sigma bằng ống mềm cho bệnh nhân không có nguy cơ cao và từ 45 tuổi trở lên. Một lần ít nhất 48 tháng sau lần chụp bari sàng lọc cuối cùng hoặc soi đại tràng sigma linh hoạt sàng lọc. Các xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi sàng lọc theo dõi sau khi xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng dựa trên phân không xâm lấn được Medicare chi trả cho kết quả dương tính. 	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho khám sàng lọc ung thư đại trực tràng được Medicare bảo hiểm. Phương pháp này còn được gọi là nội soi đại tràng phòng ngừa.</p> <p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho thụt bari sàng lọc được Medicare bảo hiểm.</p>

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Dịch vụ nha khoa Nhìn chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (như vệ sinh răng miệng, khám răng định kỳ và chụp X-quang răng) không được Original Medicare chi trả. Tuy nhiên, Medicare hiện thanh toán cho các dịch vụ nha khoa trong một số trường hợp hạn chế, đặc biệt khi dịch vụ đó là một phần không thể thiếu trong quá trình điều trị cụ thể đối với tình trạng bệnh lý 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.</p> <p>Ngoài ra, chúng tôi còn chi trả các quyền lợi không được Medicare bảo hiểm sau đây:</p> <p>Dịch vụ nha khoa phòng ngừa (không được Medicare bao trả): Để biết danh sách các dịch vụ phòng ngừa được bảo hiểm, hãy xem lịch trình nha khoa bắt đầu từ trang 92.</p> <p>Dịch vụ nha khoa toàn diện (không được Medicare bảo hiểm): Để biết danh sách các dịch vụ toàn diện được bảo hiểm, hãy xem lịch trình nha khoa bắt đầu từ trang 92.</p> <p>Quý vị nhận được một số tiền trợ cấp hàng năm (trợ cấp) là \$2,000 cho các dịch vụ nha khoa phòng ngừa được bảo hiểm và các dịch vụ nha khoa toàn diện kết hợp. Các dịch vụ được bao trả sẽ được thanh toán cho nhà cung cấp tối đa bằng số tiền quyền lợi hàng năm (trợ cấp). Nếu quý vị vượt quá số tiền quyền lợi cho các dịch vụ được bảo hiểm, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm chi trả những chi phí đó và sẽ không được hoàn trả.</p> <p>Xem lịch khám răng trong EOC để biết thêm chi tiết.</p> <p>Quyền lợi này được cung cấp thông qua DentaQuest. Nếu quý vị chọn nhà cung cấp ngoài mạng lưới, các dịch vụ sẽ không được bảo hiểm. Để tìm nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị có thể liên hệ với Dịch vụ hội viên DentaQuest theo số 1-855-463-0933 (TTY: 711) hoặc tìm kiếm danh mục nhà cung cấp trực tuyến DentaQuest tại dentaquest.com/en/members/virginia-medicaid-dental-coverage</p> <p>*Số tiền quý vị thanh toán cho các dịch vụ nha khoa dự phòng không áp dụng cho số tiền tự chi trả tối đa của quý vị. *Số tiền quý vị thanh toán cho các dịch vụ nha khoa toàn diện không áp dụng cho số tiền tự chi trả tối đa của quý vị.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các dịch vụ nha khoa được Medicare bảo hiểm.</p> <p>Dịch vụ nha khoa phòng ngừa (không được Medicare bao trả): Để biết chi tiết về chia sẻ chi phí cho các dịch vụ phòng ngừa được bảo hiểm, hãy xem lịch trình nha khoa bắt đầu từ trang 92.</p> <p>Dịch vụ nha khoa toàn diện (không được Medicare bảo hiểm): Để biết chi tiết về chia sẻ chi phí cho các dịch vụ toàn diện được bảo hiểm, hãy xem lịch trình nha khoa bắt đầu từ trang 92.</p>

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p> Kiểm tra trầm cảm Chúng tôi bảo hiểm một lần sàng lọc trầm cảm một năm. Việc sàng lọc phải được thực hiện tại cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu có thể cung cấp dịch vụ điều trị theo dõi và/hoặc chuyển tuyến.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho thăm khám sàng lọc trầm cảm.</p>
<p> Kiểm tra bệnh tiểu đường Chúng tôi bảo hiểm cho sàng lọc này (gồm thử glucose vào lúc đói) nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây: huyết áp cao (chứng tăng huyết áp), tiền sử cholesterol và mức triglyceride bất thường (rối loạn mỡ máu), béo phì, hoặc tiền sử đường trong máu (glucose) cao. Các xét nghiệm cũng có thể được bao trả nếu quý vị đáp ứng những điều kiện khác, như thừa cân và có tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường.</p> <p>Quý vị có thể hội đủ điều kiện để được sàng lọc bệnh tiểu đường tối đa hai lần mỗi 12 tháng kể từ ngày xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường gần đây nhất.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các xét nghiệm sàng lọc tiểu đường được Medicare bảo hiểm.</p>
<p> Đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường, dịch vụ và vật tư cho bệnh tiểu đường Dành cho tất cả những người bị tiểu đường (người sử dụng insulin và không sử dụng insulin). Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dụng cụ để kiểm soát đường trong máu của quý vị: Máy theo dõi đường huyết, các que thử đường trong máu, dụng cụ lưỡi chích và các lưỡi chích, và các giải pháp kiểm soát đường để kiểm tra sự chính xác của các que thử và máy theo dõi. • Đối với người mắc bệnh tiểu đường có bệnh liên quan tới chân nghiêm trọng: Mỗi năm một đôi giày được đóng theo yêu cầu trị liệu (bao gồm các vật chèn được cung cấp kèm theo giày) và thêm hai đôi vật chèn hoặc một đôi giày sâu và ba đôi vật chèn (không bao gồm các vật chèn có thể tháo rời không tùy chỉnh được cung cấp kèm theo đôi giày đó). Bảo hiểm gồm cả lắp ráp. • Đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường được bảo hiểm theo các điều kiện nhất định. 	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho chương trình đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường, giày/lót dành cho bệnh nhân tiểu đường hoặc các dịch vụ và vật tư dành cho bệnh tiểu đường được Medicare bao trả.</p>
<p><i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i></p>	

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p> Đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường, dịch vụ và vật tư cho bệnh tiểu đường (tiếp theo)</p> <p>Lưu ý:</p> <ul style="list-style-type: none"> Chúng tôi độc quyền cung cấp máy đo đường huyết và que thử OneTouch/LifeScan làm nguồn cung cấp ưu tiên cho bệnh tiểu đường. Các thiết bị theo dõi và que thử không phải của LifeScan có thể được bảo hiểm nếu cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như máy đo phông chữ lớn hoặc máy đo nói dành cho người khiếm thị. Quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ về mặt y tế vì cần phải có sự cho phép trước. Bắt đầu từ tháng 1 năm 2025, quý vị phải mua máy đo đường huyết LifeScan và các vật dụng xét nghiệm khác (thiết bị trích máu, kim chích máu và que thử) trực tiếp từ một nhà thuốc trong mạng lưới, nơi yêu cầu phải có đơn thuốc của bác sĩ. Theo CMS, một số vật tư dành cho bệnh nhân tiểu đường theo quan hệ đối tác độc quyền của chúng tôi với LifeScan sẽ được bảo hiểm y tế chi trả và sẽ có \$0 đồng thanh toán. Các vật tư y tế dành cho bệnh nhân tiểu đường khác không có sẵn thông qua LifeScan và được chi trả theo phạm vi bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị với mức chia sẻ chi phí được xác định theo bậc danh mục thuốc mà chúng thuộc về. Các vật tư y tế dành cho bệnh nhân tiểu đường như máy đo và que thử LifeScan được bảo hiểm y tế chi trả có sẵn tại các nhà thuốc trong mạng lưới với giá \$0. Quý vị có thể tìm thấy các vật dụng y tế cho bệnh nhân tiểu đường được bảo hiểm theo đơn thuốc của quý vị (tăm bông tắm cồn, kim chích, gạc 2x2, kim và ống tiêm) trong hướng dẫn danh mục thuốc của chương trình bảo hiểm của quý vị. Máy theo dõi glucose liên tục (CGM) được coi là thiết bị y tế lâu bền (DME). <p>Cần phải được sự cho phép trước nếu sử dụng nhiều hơn một máy theo dõi lượng đường trong máu mỗi năm và/hoặc que thử vượt quá 100 que trong 30 ngày. Giày và miếng lót dành cho bệnh nhân tiểu đường có thể cần phải được cho phép trước. Việc xin sự cho phép trước là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Thiết bị y tế lâu bền (DME) và tiếp liệu liên quan (Để biết định nghĩa về “thiết bị y tế lâu bền”, hãy xem Chương 12 cũng như Chương 3, Phần 7 của tài liệu này.)</p> <p>Các mục được bảo hiểm bao gồm nhưng không giới hạn: xe lăn, nạng, bộ nệm điện, vật dụng cho người bị tiểu đường, giường bệnh viện do nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu cung cấp cho sử dụng tại nhà, bơm truyền tĩnh mạch IV, các thiết bị trợ nói, thiết bị cho thở oxy kèm vật dụng, máy tạo khí dung, và khung đi bộ.</p> <p>Các nhà cung cấp DME tham gia có thể cung cấp máy theo dõi glucose liên tục (CGM) và vật tư. Để biết danh sách các nhà cung cấp DME, hãy truy cập www.aetna.com/dsepublicContent/assets/pdf/en/DME_National_Provider_Listing.pdf.</p> <p>Máy theo dõi glucose liên tục Dexcom và FreeStyle Libre cùng các vật tư khác cũng có sẵn tại các nhà thuốc tham gia.</p> <p>Nhà cung cấp của quý vị phải xin giấy phép sử dụng máy theo dõi glucose liên tục. Có thể lấy cảm biến mà không cần sự cho phép trước của chương trình.</p> <p>Chúng tôi bảo hiểm tất cả các DME cần thiết về y khoa được Original Medicare bao trả. Nếu nhà cung cấp tại khu vực của quý vị không có thương hiệu hoặc nhà sản xuất cụ thể, quý vị có thể yêu cầu họ đặt hàng riêng cho quý vị. Danh sách mới nhất của các nhà thuốc và nhà cung cấp tham gia có sẵn trên trang web của chúng tôi tại AetnaBetterHealth.com/mydsnp.</p> <p>Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ đối với thiết bị y tế lâu bền và vật tư liên quan được Medicare bao trả.</p>

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Chăm sóc cấp cứu Chăm sóc cấp cứu là các dịch vụ mà:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Được cung cấp bởi một nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn để cung cấp dịch vụ cấp cứu, và • Cần để đánh giá hoặc làm ổn định một tình trạng bệnh lý khẩn cấp. <p>Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị, hoặc bất kỳ người bình thường thận trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học, tin rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để tránh tử vong (và, nếu quý vị là phụ nữ mang thai, mất thai nhi), mất chi, hoặc mất chức năng của chi. Các triệu chứng y khoa có thể là ốm, chấn thương, đau dữ dội, hoặc bệnh lý tiến triển xấu nhanh chóng.</p> <p>Chia sẻ chi phí cho các dịch vụ cấp cứu cần thiết được cung cấp ngoài mạng lưới cũng bằng mức chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được cung cấp trong mạng lưới.</p> <p>Ngoài các quyền lợi được Medicare chi trả, chúng tôi còn cung cấp:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chăm sóc cấp cứu (toàn thế giới) • Dịch vụ xe cứu thương cấp cứu (trên toàn thế giới) <p>Quyền lợi bảo hiểm tối đa hàng năm là \$50,000 cho các trường hợp cấp cứu trên toàn thế giới, xe cứu thương khẩn cấp và chăm sóc khẩn cấp.</p> <p>Quý vị có thể phải thanh toán cho nhà cung cấp tại thời điểm nhận dịch vụ và yêu cầu hoàn tiền. Quý vị sẽ được hoàn trả tới số tiền trợ cấp tối đa hàng năm trừ đi mọi khoản đồng thanh toán hoặc chia sẻ chi phí được áp dụng.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu bên trong Hoa Kỳ.</p> <p>Không có tài khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu trên toàn thế giới (tức là bên ngoài Hoa Kỳ).</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho dịch vụ xe cứu thương cấp cứu trên toàn thế giới (tức là bên ngoài Hoa Kỳ).</p> <p>Nếu quý vị được chăm sóc cấp cứu tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị đã ổn định, quý vị phải chăm sóc nội trú ở bệnh viện ngoài mạng lưới được chương trình cho phép và chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị phải trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.</p>


Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Phòng ngừa té ngã Quý vị sẽ nhận được khoản trợ cấp hàng năm là \$150 (tiền trợ cấp) để mua các sản phẩm an toàn cho gia đình và phòng tắm đã được phê duyệt. Những sản phẩm này có thể giúp quý vị kiểm soát các khiếm khuyết về thể chất và cải thiện khả năng di chuyển trong nhà. Để tìm hiểu thêm về quyền lợi này và đặt mua các sản phẩm đã được chấp thuận, hãy gọi 1-866-799-3832 (TTY: 711) thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng - 8 giờ tối giờ địa phương. Hoặc quý vị có thể truy cập CVS.com/benefits.</p> <p>Xin lưu ý:</p> <ul style="list-style-type: none">• Quý vị không thể đặt nhiều hơn 3 đơn hàng mỗi năm.• Quý vị không thể tự trả nếu số tiền mua hàng vượt quá số tiền được hưởng quyền lợi.• Sản phẩm chỉ có thể được mua trực tuyến hoặc qua điện thoại. <p>Sản phẩm sẽ được giao trực tiếp đến quý vị và quý vị chịu trách nhiệm cho bất kỳ việc lắp ráp hoặc cài đặt nào cần thiết.</p>	<p>\$0 đồng thanh toán cho các sản phẩm an toàn cho gia đình và phòng tắm đã được phê duyệt.</p>


Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Rèn luyện thể chất: Hội viên thể dục hàng năm Quý vị được bao trả vì có tư cách hội viên cơ bản của bất kỳ cơ sở thể dục nào tham gia SilverSneakers®. Nếu quý vị không sống gần cơ sở tham gia hoặc muốn tập thể dục tại nhà, chúng tôi có các lớp học trực tuyến và bộ dụng cụ tập thể dục tại nhà. Quý vị có thể đặt mua một bộ dụng cụ thể dục mỗi năm thông qua SilverSneakers.</p> <p>Bao gồm trong tư cách hội viên SilverSneakers cơ bản, quý vị cũng sẽ có quyền truy cập vào các lớp học nâng cao trực tuyến để hỗ trợ sức khỏe thể chất và tinh thần của quý vị. Các lớp học về sức khỏe và chăm sóc sức khỏe bao gồm nhưng không giới hạn ở: nấu ăn, thực phẩm & dinh dưỡng và chánh niệm. Các lớp học về sức khỏe tinh thần bao gồm nhưng không giới hạn ở: kỹ năng mới, tổ chức, tự lực và duy trì kết nối. Những lớp học này có thể được truy cập trực tuyến bằng cách truy cập SilverSneakers.com.</p> <p>Để bắt đầu, quý vị sẽ cần số ID SilverSneakers của mình. Xin vui lòng truy cập SilverSneakers.com hoặc gọi cho SilverSneakers theo số 1-855-627-3795 (TTY: 711) để có được số ID này. Sau đó, hãy mang theo số ID này khi quý vị đến cơ sở thể dục tham gia chương trình. Thông tin về các cơ sở tham gia có thể được tìm thấy bằng cách sử dụng trang web SilverSneakers hoặc gọi cho SilverSneakers.</p> <p>Quan trọng: Quý vị sẽ nhận được tư cách hội viên cơ bản tại bất kỳ địa điểm SilverSneakers nào tham gia. Tiện nghi của cơ sở có thể khác nhau tùy theo địa điểm tham gia, bao gồm nhưng không giới hạn ở giờ, ngày và loại lớp học.</p>	<p>\$0 đồng thanh toán cho tư cách hội viên câu lạc bộ sức khỏe/lớp thể dục cơ bản tại các địa điểm SilverSneakers tham gia.</p>

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p> Chương trình giáo dục sức khỏe và thể chất</p> <ul style="list-style-type: none">• Đường dây y tá 24 giờ: Quý vị có thể nói chuyện với y tá đã đăng ký 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần qua Đường dây y tá 24/7. Họ có thể giúp giải đáp các câu hỏi liên quan đến sức khỏe khi bác sĩ của quý vị không có mặt. Gọi 1-855-463-0933 (TTY: 711). Đội ngũ y tá được cấp phép không thể chẩn đoán, kê đơn hoặc đưa ra lời khuyên y tế. Nếu quý vị cần chăm sóc khẩn cấp hoặc cấp cứu, hãy gọi 911 và/hoặc bác sĩ ngay lập tức.• Giáo dục sức khỏe: Quý vị có thể gặp chuyên gia giáo dục sức khỏe được chứng nhận hoặc chuyên gia y tế có trình độ khác để tìm hiểu về các chủ đề sức khỏe và thể chất như: quản lý bệnh tiểu đường, tư vấn dinh dưỡng, giáo dục về bệnh hen suyễn, v.v. Quý vị có thể gặp trực tiếp, theo nhóm hoặc trực tuyến. Hãy hỏi nhà cung cấp thông tin về những dịch vụ này có thể giúp ích cho quý vị như thế nào.	<p>\$0 đồng thanh toán cho quyền lợi Đường dây y tá 24 giờ.</p> <p>\$0 đồng thanh toán cho chương trình giáo dục sức khỏe.</p>

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Dịch vụ thính giác Đánh giá cân bằng và thính giác chẩn đoán do nhà cung cấp của quý vị thực hiện để xác định quý vị có cần điều trị y tế được bảo hiểm như là chăm sóc ngoại trú khi được cung cấp bởi một bác sĩ, nhà thính học, hoặc một nhà cung cấp đủ khả năng chuyên môn khác.</p> <p>Ngoài các quyền lợi được Medicare chi trả, chúng tôi còn cung cấp:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Khám thính giác thường quy: một lần khám mỗi năm • Lắp/đánh giá máy trợ thính: một lần lắp/đánh giá máy trợ thính mỗi năm • Máy trợ thính: Quý vị sẽ nhận được số tiền trợ cấp hàng năm (tiền trợ cấp) lên đến tối đa là \$2,500 cho mỗi tai mỗi năm. Số tiền quyền lợi này chỉ có thể được sử dụng để mua máy trợ thính thông qua nhà cung cấp mạng lưới NationsHearing. Nếu chi phí vượt quá số tiền quyền lợi, quý vị sẽ phải trả phần chênh lệch. <p>Khám thính giác định kỳ và máy trợ thính: Chúng tôi hợp tác với NationsHearing để khám thính giác và cung cấp máy trợ thính cho quý vị. Quý vị phải thăm khám với nhà cung cấp trong mạng lưới NationsHearing để được khám thính lực và được bảo hiểm máy trợ thính. Số tiền trợ cấp trợ thính của quý vị chỉ có thể được sử dụng để mua máy trợ thính thông qua nhà cung cấp mạng lưới NationsHearing. Số tiền quyền lợi được áp dụng cho máy trợ thính tại thời điểm mua. Nếu chi phí cao hơn số tiền quyền lợi, quý vị phải trả phần chênh lệch. Quý vị có thể lên lịch khám thính lực hoặc cuộc hẹn lắp máy trợ thính với nhà cung cấp NationsHearing bằng cách gọi đến số 1-877-225-0137 (TTY: 711). Đại diện làm việc từ 8:00 sáng đến 8:00 tối giờ địa phương, 7 ngày trong tuần, ngoại trừ ngày lễ.</p> <p>*Số tiền quý vị thanh toán cho máy trợ thính không áp dụng cho số tiền tự chi trả tối đa của quý vị.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho dịch vụ thính giác được Medicare bảo hiểm.</p> <p>\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần khám thính lực không được Medicare chi trả.</p> <p>\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần gắn/đánh giá máy trợ thính.</p> <p>Máy trợ thính: \$0 đồng thanh toán cho mỗi tai, mỗi năm (hai máy trợ thính mỗi năm).</p>
<p> Xét nghiệm HIV Đối với người yêu cầu kiểm tra sàng lọc HIV hoặc người có nguy cơ cao bị nhiễm HIV, chúng tôi bảo hiểm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Một lần kiểm tra sàng lọc mỗi 12 tháng <p>Đối với phụ nữ mang thai, chúng tôi bảo hiểm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tối đa ba lần kiểm tra sàng lọc trong suốt thời gian mang thai 	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho những người thụ hưởng đủ điều kiện sàng lọc HIV phòng ngừa được Medicare bảo hiểm.</p>

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Chăm sóc với cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà Trước khi nhận dịch vụ sức khỏe tại nhà, bác sĩ phải xác nhận rằng quý vị cần dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà và sẽ đặt dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà để cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà cung cấp. Quý vị phải không thể rời khỏi nhà, nghĩa là việc ra khỏi nhà là một nỗ lực lớn.</p> <p>Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm, nhưng không giới hạn trong:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dịch vụ điều dưỡng lành nghề và trợ lý 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 làm việc của dịch vụ điều dưỡng lành nghề và trợ lý chăm sóc sức khỏe tại nhà của quý vị phải dưới 8 giờ mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần.) • Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và ngữ âm trị liệu • Các dịch vụ y tế và xã hội • Thiết bị và vật dụng y tế <p>Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho dịch vụ chăm sóc của cơ quan y tế tại nhà được Medicare bảo hiểm.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ đối với thiết bị và vật tư y tế lâu bền được Medicare bao trả.</p>
<p>Liệu pháp tiêm truyền tại nhà Liệu pháp tiêm truyền tại nhà là việc cho cá nhân dùng thuốc hoặc sinh phẩm tại nhà qua đường tĩnh mạch hoặc dưới da. Những thành phần cần thiết để phục vụ tiêm truyền tại nhà bao gồm thuốc (ví dụ: thuốc kháng vi-rút, globulin miễn dịch), thiết bị (ví dụ: bơm tiêm) và vật tư (ví dụ: ống và ống thông).</p> <p>Trước khi nhận dịch vụ truyền dịch tại nhà, chúng phải được bác sĩ yêu cầu và đưa vào kế hoạch chăm sóc của quý vị.</p> <p>Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm, nhưng không giới hạn trong:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ chuyên nghiệp, bao gồm dịch vụ điều dưỡng được cung cấp theo chương trình chăm sóc • Giáo dục và đào tạo cho bệnh nhân mà không được bảo hiểm theo quyền lợi thiết bị y tế lâu bền • Theo dõi từ xa • Các dịch vụ theo dõi cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà và thuốc tiêm truyền tại nhà do một nhà cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà đủ điều kiện thực hiện 	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ chuyên môn về trị liệu tiêm truyền tại nhà được Medicare bao trả (bao gồm các nhà cung cấp dịch vụ truyền dịch tại nhà được chứng nhận), đào tạo, giáo dục và giám sát.</p>

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Dịch vụ chăm sóc cuối đời Quý vị đủ điều kiện nhận quyền lợi bệnh viện cho bệnh nhân giai đoạn cuối khi bác sĩ của quý vị và giám đốc y tế bệnh viện cho bệnh nhân giai đoạn cuối tiên lượng quý vị không qua khỏi, xác nhận rằng bệnh của quý vị không qua khỏi và quý vị sống được tối đa 6 tháng nếu bệnh tiến triển bình thường. Quý vị có thể nhận được sự chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Chương trình của quý vị có nghĩa vụ giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực dịch vụ của chương trình, bao gồm các chương trình mà tổ chức MA sở hữu, kiểm soát hoặc có lợi ích tài chính. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của quý vị có thể là nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới.</p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các loại thuốc để kiểm soát triệu chứng và giảm đau • Chăm sóc tạm thời ngắn hạn • Chăm sóc tại nhà <p><u>Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B chi trả và liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị:</u> Original Medicare (thay vì chương trình của chúng tôi) sẽ thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị và bất kỳ dịch vụ nào thuộc Phần A và Phần B liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị. Trong khi quý vị ở trong chương trình bệnh viện cho bệnh nhân giai đoạn cuối, nhà cung cấp bệnh viện cho bệnh nhân giai đoạn cuối của quý vị sẽ lập hóa đơn Original Medicare cho các dịch vụ mà Original Medicare chi trả. Quý vị sẽ được gửi hóa đơn cho khoản chia sẻ chi phí Original Medicare.</p> <p><u>Đối với các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B chi trả và không liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị:</u> Nếu quý vị cần các dịch vụ không cấp cứu, không khẩn cấp được Medicare Phần A hoặc B chi trả và không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị, chi phí cho các dịch vụ này sẽ tùy thuộc vào việc quý vị có sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình của chúng tôi và tuân thủ các quy tắc của chương trình hay không (chẳng hạn như nếu có yêu cầu phải xin phép trước).</p>	<p>Khi quý vị ghi danh vào chương trình chăm sóc cuối đời được chứng nhận bởi Medicare, các dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ Phần A và Phần B liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị sẽ được Original Medicare chi trả, không phải Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP).</p> <p>Tư vấn về chăm sóc cuối đời được đưa vào dịch vụ chăm sóc bệnh nhân nội trú tại bệnh viện.</p>
<p><i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i></p>	

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Dịch vụ chăm sóc cuối đời (tiếp theo)</p> <ul style="list-style-type: none">• Nếu quý vị nhận được các dịch vụ được bảo hiểm từ nhà cung cấp trong mạng lưới và tuân thủ các quy tắc của chương trình để nhận dịch vụ, quý vị chỉ phải trả số tiền chia sẻ chi phí của chương trình cho các dịch vụ trong mạng lưới• Nếu quý vị nhận được các dịch vụ được bảo hiểm từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị sẽ phải trả phần chia sẻ chi phí theo Medicare Phí theo Dịch vụ (Original Medicare) <p><u>Đối với các dịch vụ được Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) chi trả nhưng không được Medicare Phần A hoặc B chi trả:</u> Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) sẽ tiếp tục chi trả cho các dịch vụ được bảo hiểm chi trả nhưng không được chi trả theo Phần A hoặc Phần B cho dù chúng có liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị trả số tiền chia sẻ chi phí theo chương trình cho những dịch vụ này.</p> <p><u>Đối với các loại thuốc có thể được bảo hiểm theo quyền lợi Phần D của chương trình:</u> Nếu những loại thuốc này không liên quan đến tình trạng bệnh giai đoạn cuối của quý vị, quý vị sẽ phải trả phí chia sẻ. Nếu chúng liên quan đến tình trạng bệnh giai đoạn cuối của quý vị, thì quý vị phải trả chi phí chia sẻ theo Original Medicare. Thuốc sẽ không bao giờ được cả cơ sở chăm sóc giai đoạn cuối đời và chương trình bảo hiểm đồng thời. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5, Phần 9.3 (Còn nếu quý vị đang ở trong giai đoạn cuối được Medicare chứng nhận thì sao?).</p> <p>Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải cuối đời (dịch vụ chăm sóc không liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị), quý vị nên liên hệ với chúng tôi để sắp xếp các dịch vụ.</p> <p>Chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho các dịch vụ tư vấn bệnh viện cho bệnh nhân giai đoạn cuối (chỉ một lần) cho những bệnh nhân ở giai đoạn cuối chưa chọn được quyền lợi bệnh viện cho bệnh nhân giai đoạn cuối.</p>	

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>🍏 Tiêm chủng Các dịch vụ được bảo hiểm theo Phần B của Medicare bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vắc-xin phòng viêm phổi • Tiêm phòng cúm/cúm (hoặc vắc-xin), một lần mỗi lần bị cúm/mùa cảm cúm vào mùa thu và mùa đông, với các mũi tiêm phòng cúm/cảm cúm bổ sung (hoặc vắc-xin) nếu cần thiết về mặt y tế • Vắc-xin phòng viêm gan B nếu quý vị có nguy cơ cao hoặc trung bình mắc viêm gan B • Các loại vắc-xin phòng ngừa COVID-19 • Các loại vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ và chúng đáp ứng các quy tắc bảo hiểm Medicare Phần B <p>Chúng tôi cũng chi trả hầu hết các loại vắc-xin khác cho người lớn theo chế độ bảo hiểm thuốc theo toa Phần D.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho vắc-xin phòng viêm phổi, cúm/cảm cúm, viêm gan B và COVID-19.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho tất cả các loại vắc-xin khác được bao trả theo Medicare Phần B.</p>
<p>Chăm sóc nội trú tại bệnh viện Bao gồm bệnh viện cấp cứu nội trú, bệnh viện phục hồi chức năng nội trú, bệnh viện chăm sóc dài hạn và các loại dịch vụ bệnh viện nội trú khác. Dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện bắt đầu kể từ ngày quý vị được chính thức nhập viện theo lệnh của bác sĩ. Ngày trước khi quý vị được cho ra viện là ngày nội trú cuối cùng của quý vị.</p> <p>Số ngày được bảo hiểm: Chương trình này bao trả 90 ngày cho mỗi giai đoạn hưởng quyền lợi và tối đa 60 ngày dự trữ trọn đời. Ngày dự trữ trọn đời chỉ được sử dụng một lần.</p> <p>Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm nhưng không bị giới hạn trong:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phòng bán riêng (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • Các bữa ăn bao gồm chế độ ăn uống đặc biệt • Dịch vụ điều dưỡng thông thường • Các chi phí của các bộ phận chăm sóc đặc biệt (chẳng hạn như bộ phận chăm sóc chuyên sâu hoặc bộ phận chăm sóc mạch vành) • Thuốc và các dược phẩm • Xét nghiệm 	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ bệnh viện nội trú được bảo hiểm.</p> <p>Quyền lợi dành cho bệnh nhân nội trú của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày mỗi khi quý vị được nhận vào trong hoặc vào một loại cơ sở cụ thể. Chuyển viện trong phạm vi hoặc đến một cơ sở bao gồm các cơ sở Phục hồi chức năng nội trú, các cơ sở Chăm sóc cấp tính dài hạn (LTAC), các cơ sở Chăm sóc cấp tính nội trú, và các cơ sở Tâm thần nội trú, được coi là trường hợp tiếp nhận mới.</p> <p>Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc nội trú được cho phép tại bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị ổn định, chi phí của quý vị là chia sẻ chi phí mà quý vị sẽ trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.</p>
<p><i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i></p>	

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Chăm sóc bệnh nhân nội trú tại bệnh viện (tiếp theo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chụp X-quang và các dịch vụ X-quang khác • Các thiết bị y tế và phẫu thuật cần thiết • Sử dụng các thiết bị, chẳng hạn như xe lăn • Chi phí phòng hồi sức và phòng phẫu thuật • Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và ngôn ngữ trị liệu • Dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện nội trú • Trong một số trường hợp nhất định, các loại ghép sau đây được bảo hiểm chi trả: giác mạc, thận, thận-tuyến tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và ruột/đa tạng. Nếu quý vị cần ghép tạng, chúng tôi sẽ sắp xếp để một trung tâm ghép tạng được Medicare chấp thuận xem xét trường hợp của quý vị và quyết định xem quý vị có hội đủ điều kiện để ghép tạng hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển có thể ở tại địa phương hoặc bên ngoài vùng dịch vụ. Nếu các dịch vụ ghép tạng trong mạng lưới của chúng tôi nằm ngoài mô hình chăm sóc cộng đồng, quý vị có thể chọn đến địa phương miễn là các nhà cung cấp dịch vụ ghép tạng tại địa phương đồng ý chấp nhận mức giá của Original Medicare. Nếu Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) cung cấp dịch vụ cấy ghép tại một địa điểm nằm ngoài mô hình chăm sóc cấy ghép trong cộng đồng của quý vị và quý vị chọn thực hiện cấy ghép tại địa điểm xa xôi này, chúng tôi sẽ sắp xếp hoặc thanh toán chi phí ăn ở và đi lại phù hợp cho quý vị và người đi cùng. • Máu - bao gồm quản lý và dự trữ. Bảo hiểm máu toàn phần và hồng cầu đóng túi bắt đầu từ lít máu đầu tiên mà quý vị cần. Tất cả các thành phần máu khác được bảo hiểm bắt đầu khi pint máu đầu tiên được sử dụng. • Các dịch vụ bác sĩ 	
<p><i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i></p>	



Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Chăm sóc nội trú tại bệnh viện (tiếp theo)</p> <p>Lưu ý: Để là bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp của quý vị phải viết giấy yêu cầu chấp nhận quý vị chính thức là bệnh nhân nội trú của bệnh viện. Thậm chí nếu quý vị nằm viện qua đêm, quý vị vẫn có thể là một bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc quý vị là một bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện.</p> <p>Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin về Medicare có tên là <i>Quý vị là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú tại bệnh viện? Nếu quý vị có Medicare – Hãy hỏi!</i> Tờ thông tin này có sẵn trên Web tại medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 18774862048. Quý vị có thể gọi đến những số này miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần.</p> <p>Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	
<p>Dịch vụ điều trị nội trú tại bệnh viện tâm thần</p> <p>Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần đòi hỏi phải nằm viện.</p> <p>Số ngày được bảo hiểm: Có giới hạn 190 ngày cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần. Giới hạn 190 ngày không áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú được cung cấp tại khoa tâm thần của bệnh viện đa khoa.</p> <p>Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú được Medicare bảo hiểm.</p> <p>Quyền lợi dành cho bệnh nhân nội trú của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày mỗi khi quý vị được nhận vào trong hoặc vào một loại cơ sở cụ thể. Chuyển viện trong phạm vi hoặc đến một cơ sở bao gồm các cơ sở Phục hồi chức năng nội trú, các cơ sở Chăm sóc cấp tính dài hạn (LTAC), các cơ sở Chăm sóc cấp tính nội trú, và các cơ sở Tâm thần nội trú, được coi là trường hợp tiếp nhận mới.</p>

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được bảo hiểm nhận được tại bệnh viện hoặc SNF trong thời gian nằm viện không được bảo hiểm</p> <p>Nếu quý vị đã sử dụng hết quyền lợi nội trú hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc nếu thời gian nằm viện hoặc điều dưỡng chuyên môn không hợp lý và không cần thiết, chúng tôi sẽ không chi trả cho thời gian nằm viện của quý vị. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ bảo hiểm một số dịch vụ nhất định mà quý vị nhận được khi quý vị đang ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF).</p> <p>Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm, nhưng không giới hạn trong:</p> <ul style="list-style-type: none">• Các dịch vụ bác sĩ• Các xét nghiệm chẩn đoán (như các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm)• Liệu pháp X-quang, phóng xạ và đồng vị bao gồm vật liệu và dịch vụ kỹ thuật viên• Băng bó giải phẫu• Nẹp, khuôn và các thiết bị khác được sử dụng để làm giảm gãy xương và lệch vị trí• Các thiết bị phục hình và chỉnh hình (ngoài nha khoa) thay thế tất cả hoặc một phần của một cơ quan bên trong cơ thể (bao gồm mô kè nhau), hoặc tất cả hoặc một phần chức năng của một cơ quan bên trong cơ thể không hoạt động hoặc bị trục trặc, bao gồm cả việc thay thế hoặc sửa chữa các thiết bị như vậy• Nẹp chân, cánh tay, lưng, và cổ; băng giữ; và chân, cánh tay, và mắt giả bao gồm điều chỉnh, sửa chữa, và thay thế bắt buộc do gãy, mòn, mất, hoặc thay đổi tình trạng chế chất của bệnh nhân• Vật lý trị liệu, ngữ âm trị liệu, và hoạt động trị liệu <p>Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho các dịch vụ được bao trả trong thời gian nằm viện nội trú không được bảo hiểm.</p>

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Quyền lợi bữa ăn (sau khi xuất viện) Sau khi quý vị xuất viện từ Bệnh viện cấp tính nội trú, Bệnh viện tâm thần nội trú hoặc Cơ sở điều dưỡng chuyên môn đủ điều kiện, quý vị có thể hội đủ điều kiện để nhận tối đa 14 bữa ăn được chế biến tươi mới trong thời gian 7 ngày. Những bữa ăn này được cung cấp để hỗ trợ quý vị phục hồi hoặc kiểm soát tình trạng sức khỏe của quý vị.</p> <p>Chúng tôi đã hợp tác với Mom's Meals để cung cấp quyền lợi này. Sau khi chúng tôi xác nhận quý vị đủ điều kiện, Mom's Meals sẽ liên hệ với quý vị để phối hợp giao hàng.</p> <p>Lưu ý: Việc theo dõi và nằm viện ngoại trú không đủ điều kiện để được hưởng quyền lợi này. Bữa ăn phải được lên lịch giao trong vòng ba tháng kể từ ngày xuất viện đủ điều kiện miễn là quý vị vẫn tham gia chương trình.</p> <p>*Số tiền quý vị trả cho bữa ăn không được tính vào số tiền tối đa quý vị phải trả.</p>	<p>\$0 đồng thanh toán cho bữa ăn.</p>
<p> Liệu pháp dinh dưỡng y tế Quyền lợi này dành cho những người bị bệnh tiểu đường, bệnh về thận (thận) (nhưng đang không chạy thận), hoặc sau đợt cấy ghép thận khi được bác sĩ của quý vị giới thiệu.</p> <p>Chúng tôi chi trả 3 giờ dịch vụ tư vấn cá nhân trong năm đầu tiên quý vị nhận dịch vụ trị liệu dinh dưỡng y tế theo Medicare (bao gồm chương trình của chúng tôi, bất kỳ chương trình Medicare Advantage nào khác hoặc Original Medicare) và 2 giờ mỗi năm sau đó. Nếu tình trạng, việc điều trị hoặc chẩn đoán của quý vị thay đổi, quý vị có thể nhận thêm giờ điều trị khi có yêu cầu của bác sĩ. Bác sĩ phải kê đơn các dịch vụ này và gia hạn yêu cầu của họ hàng năm nếu việc điều trị của quý vị cần thiết vào năm dương lịch tiếp theo.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khấu trừ cho những người thụ hưởng đủ điều kiện cho các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế được Medicare bảo hiểm.</p>
<p> Chương trình phòng ngừa bệnh tiểu đường Medicare (MDPP) Các dịch vụ MDPP sẽ được bảo hiểm cho những người thụ hưởng Medicare đủ điều kiện theo tất cả chương trình sức khỏe Medicare.</p> <p>MDPP là một biện pháp can thiệp thay đổi hành vi sức khỏe có cấu trúc, cung cấp đào tạo thực tế về thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, tăng cường hoạt động thể chất và các chiến lược giải quyết vấn đề để vượt qua những thách thức nhằm duy trì việc giảm cân và lối sống lành mạnh.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho quyền lợi MDPP.</p>


Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Thuốc theo toa Medicare Phần B Những loại thuốc này được bảo hiểm theo Phần B của Original Medicare. Các hội viên của chương trình chúng tôi nhận được bảo hiểm cho những thuốc này thông qua chương trình của chúng tôi.</p> <p>Các thuốc được bảo hiểm bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thuốc thường không được bệnh nhân tự dùng và được tiêm hoặc truyền trong khi quý vị đang nhận dịch vụ của bác sĩ, bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật ngoại trú • Insulin được cung cấp thông qua một hạng mục thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như bơm insulin cần thiết về mặt y tế) • Các loại thuốc quý vị sử dụng bằng các thiết bị y tế lâu bền (như máy xông khí) đã được chương trình cho phép • Thuốc điều trị bệnh Alzheimer, Leqembi® (tên chung là lecanemab), được tiêm tĩnh mạch. Ngoài chi phí thuốc, quý vị có thể cần phải chụp chiếu và xét nghiệm thêm trước và/hoặc trong quá trình điều trị, điều này có thể làm tăng tổng chi phí. Hãy trao đổi với bác sĩ về các xét nghiệm và chụp chiếu mà quý vị có thể cần trong quá trình điều trị • Yếu tố đông máu mà quý vị tự tiêm nếu quý vị bị mắc bệnh loãng máu • Thuốc cấy ghép/ức chế miễn dịch: Medicare chi trả cho liệu pháp thuốc cấy ghép nếu Medicare chi trả cho việc cấy ghép nội tạng của quý vị. Quý vị phải có Phần A tại thời điểm ghép tạng được bảo hiểm và phải có Phần B tại thời điểm dùng thuốc ức chế miễn dịch. Hãy nhớ rằng, phạm vi bảo hiểm thuốc của Medicare (Phần D) bao gồm các loại thuốc ức chế miễn dịch nếu Phần B không bao gồm chúng • Thuốc loãng xương dạng tiêm, nếu quý vị phải ở nhà, bị gãy xương mà bác sĩ xác nhận là liên quan đến loãng xương sau mãn kinh và không thể tự dùng thuốc • Một số kháng nguyên: Medicare chi trả 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) cung cấp chúng dưới sự giám sát thích hợp 	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho thuốc kê toa Phần B được Medicare bảo hiểm. Thuốc Phần B có thể phải tuân theo các yêu cầu về liệu pháp từng bước.</p>
<p><i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i></p>	

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Thuốc theo toa Medicare Phần B (tiếp theo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Một số loại thuốc chống ung thư đường uống: Medicare chi trả cho một số loại thuốc điều trị ung thư đường uống mà quý vị dùng nếu loại thuốc đó có dạng tiêm hoặc thuốc đó là tiền chất (dạng thuốc uống, khi uống vào sẽ phân hủy thành cùng hoạt chất có trong thuốc tiêm) của thuốc tiêm. Khi có loại thuốc điều trị ung thư miệng mới, Phần B có thể chi trả cho những loại thuốc đó. Nếu Phần B không bao gồm chúng, thì Phần D sẽ bao gồm • Thuốc chống buồn nôn dạng uống: Medicare chi trả cho các loại thuốc chống buồn nôn dạng uống mà quý vị sử dụng như một phần của phác đồ hóa trị ung thư nếu chúng được dùng trước, trong hoặc trong vòng 48 giờ sau khi hóa trị hoặc được sử dụng như một phương pháp điều trị thay thế hoàn toàn cho thuốc chống buồn nôn tiêm tĩnh mạch • Một số loại thuốc uống cho bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) nếu cùng loại thuốc đó có dạng tiêm và quyền lợi ESRD Phần B chi trả cho loại thuốc đó • Thuốc calcimimetic theo hệ thống thanh toán ESRD, bao gồm thuốc tiêm tĩnh mạch Parsabiv® và thuốc uống Sensipar® • Một số loại thuốc dùng để lọc máu tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc heparin, khi cần thiết về mặt y tế, và thuốc gây tê tại chỗ • Thuốc kích thích tạo hồng cầu: Medicare chi trả cho erythropoietin đường tiêm nếu quý vị mắc Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) hoặc quý vị cần loại thuốc này để điều trị tình trạng thiếu máu liên quan đến một số tình trạng khác (chẳng hạn như Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircerca® hoặc Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) • Globulin Miễn Dịch Tiêm Tĩnh Mạch để điều trị các bệnh suy giảm miễn dịch chính tại nhà • Dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch và đường tiêu hóa (cho ăn qua tĩnh mạch và qua ống thông) <p>Liên kết sau đây sẽ đưa quý vị đến danh sách các loại thuốc Medicare Phần B có thể phải áp dụng liệu pháp từng bước: AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/providers/hmo-snp-pr/snp-prescriptions</p> <p>Chúng tôi cũng chi trả một số loại vắc-xin theo Phần B và hầu hết các loại vắc-xin dành cho người lớn theo chế độ bảo hiểm thuốc theo toa theo Phần D.</p>	
<p><i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i></p>	

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Thuốc theo toa Medicare Phần B <i>(tiếp theo)</i></p> <p>Chương 5 giải thích về quyền lợi thuốc theo toa Phần D, bao gồm các quy tắc quý vị phải tuân theo để được chi trả cho đơn thuốc.</p> <p>Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	
<p> Kiểm tra và điều trị béo phì để thúc đẩy giảm cân bền vững</p> <p>Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể lớn hơn hoặc bằng 30, chúng tôi bảo hiểm tư vấn chuyên sâu để giúp quý vị giảm cân. Tư vấn này được bảo hiểm nếu quý vị nhận tư vấn tại cơ sở chăm sóc ban đầu, tại đó tư vấn có thể được kết hợp với chương trình phòng bệnh toàn diện của quý vị. Nói chuyện với bác sĩ chăm sóc ban đầu của quý vị để tìm hiểu thêm.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho liệu pháp và sàng lọc béo phì.</p>
<p>Dịch vụ chương trình điều trị bằng Opioid</p> <p>Các hội viên chương trình của chúng tôi bị rối loạn do sử dụng opioid (OUD) có thể nhận bảo hiểm cho các dịch vụ để điều trị OUD thông qua Chương trình Điều trị Opioid (OTP), bao gồm các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thuốc điều trị hỗ trợ thuốc đối kháng và thuốc chủ vận opioid (MAT) được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) chấp thuận • Phát và cho dùng thuốc MAT (nếu có) • Tư vấn sử dụng chất gây nghiện • Liệu pháp cá nhân và theo nhóm • Kiểm tra độc chất • Các hoạt động đầu vào • Đánh giá theo giai đoạn <p>Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho các dịch vụ của chương trình điều trị bằng opioid.</p>

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú và các dịch vụ cũng như tiếp liệu chữa bệnh Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm, nhưng không giới hạn trong:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chụp X-quang • Liệu pháp X-quang (phóng xạ và đồng vị) bao gồm các tài liệu kỹ thuật và vật tư y tế. • Các vật dụng giải phẫu, như băng bó • Nẹp, khuôn và các thiết bị khác được sử dụng để làm giảm gãy xương và lệch vị trí • Xét nghiệm • Máu - bao gồm quản lý và dự trữ. Bảo hiểm máu toàn phần và hồng cầu đóng túi bắt đầu từ lít máu đầu tiên mà quý vị cần. Tất cả các thành phần máu khác được bảo hiểm bắt đầu khi pint máu đầu tiên được sử dụng. • Các thủ thuật kiểm tra chẩn đoán ngoại trú khác <p>Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho các xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú cũng như các dịch vụ và vật tư điều trị được Medicare bao trả.</p>
<p>Theo dõi bệnh viện ngoại trú Các dịch vụ theo dõi là các dịch vụ ngoại trú bệnh viện để xác định xem quý vị có cần nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú hay có thể được cho xuất viện.</p> <p>Để các dịch vụ theo dõi bệnh viện ngoại trú được bảo hiểm, những dịch vụ này phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare và được coi là hợp lý và cần thiết. Các dịch vụ theo dõi chỉ được bảo hiểm khi được cung cấp theo yêu cầu của bác sĩ hoặc một người khác được ủy quyền theo luật cấp phép của tiểu bang và nhân viên bệnh viện theo luật để nhập bệnh nhân vào viện hoặc yêu cầu các xét nghiệm ngoại trú.</p> <p>Lưu ý: Trừ khi nhà cung cấp có văn bản yêu cầu nhập viện cho quý vị với tư cách là bệnh nhân nội trú tại bệnh viện, quý vị là bệnh nhân ngoại trú và thanh toán số tiền chia sẻ chi phí cho các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện. Thậm chí nếu quý vị nằm viện qua đêm, quý vị vẫn có thể là một bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc chắn mình có phải bệnh nhân ngoại trú hay không, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ quan sát của bệnh viện ngoại trú được Medicare bảo hiểm.</p>
<p><i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i></p>	

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Theo dõi bệnh viện ngoại trú (tiếp theo)</p> <p>Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin về Medicare có tên là <i>Quý vị là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú tại bệnh viện? Nếu quý vị có Medicare – Hãy hỏi!</i> Tờ thông tin này có sẵn trên Web tại medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc bằng cách gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi số này miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.</p> <p>Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	
<p>Các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện</p> <p>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được tại khoa ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh tật hoặc thương tích.</p> <p>Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm, nhưng không giới hạn trong:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ trong khoa cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, chẳng hạn như các dịch vụ theo dõi hoặc phẫu thuật ngoại trú • Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm và chẩn đoán được lập hóa đơn bởi bệnh viện • Chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm chăm sóc trong chương trình nằm viện bán phần, nếu bác sĩ chứng nhận rằng cần phải điều trị nội trú nếu không có chương trình này • Chụp X-quang và các dịch vụ X-quang khác được bệnh viện tính phí • Các vật tư y tế chẳng hạn như nẹp và khuôn • Một số thuốc và sinh phẩm nhất định mà quý vị không thể tự dùng <p>Lưu ý: Trừ khi nhà cung cấp có văn bản yêu cầu nhập viện cho quý vị với tư cách là bệnh nhân nội trú tại bệnh viện, quý vị là bệnh nhân ngoại trú và thanh toán số tiền chia sẻ chi phí cho các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện. Thậm chí nếu quý vị nằm viện qua đêm, quý vị vẫn có thể là một bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc chắn mình có phải bệnh nhân ngoại trú hay không, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ dịch vụ bệnh viện ngoại trú được Medicare bảo hiểm.</p>
<p><i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i></p>	

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện (tiếp theo)</p> <p>Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin về Medicare có tên là <i>Quý vị là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú tại bệnh viện? Nếu quý vị có Medicare – Hãy hỏi!</i> Tờ thông tin này có sẵn trên Web tại medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY gọi 18774862048. Quý vị có thể gọi đến những số này miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần.</p> <p>Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	
<p>Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <p>Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ, nhà tâm lý học lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng, chuyên gia điều dưỡng lâm sàng, cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép (LPC), chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT), y tá hành nghề (NP), trợ lý bác sĩ (PA) hoặc các chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần đủ điều kiện theo Medicare khác theo luật hiện hành của tiểu bang.</p> <p>Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú được Medicare bao trả.</p>
<p>Các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm: vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, và ngữ âm trị liệu.</p> <p>Các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú được cung cấp trong các cơ sở điều trị ngoại trú khác nhau, chẳng hạn như các bộ phận ngoại trú bệnh viện, văn phòng bác sĩ trị liệu độc lập và Cơ sở Phục hồi Chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORFs).</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú được Medicare bảo hiểm.</p>

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện cho bệnh nhân ngoại trú Phạm vi bảo hiểm của chúng tôi giống với Original Medicare là phạm vi bảo hiểm cho các dịch vụ được cung cấp tại khoa ngoại trú của bệnh viện cho những bệnh nhân đã được xuất viện sau thời gian nằm viện để điều trị chứng rối loạn sử dụng chất gây nghiện hoặc những bệnh nhân cần điều trị nhưng không yêu cầu tính khả dụng và cường độ của các dịch vụ chỉ có tại khoa nội trú của bệnh viện. Phạm vi bảo hiểm dành cho các dịch vụ này phải tuân theo các quy tắc tương tự thường áp dụng cho phạm vi bảo hiểm của các dịch vụ bệnh viện ngoại trú.</p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none">• Đánh giá, thẩm định và điều trị các rối loạn liên quan đến việc sử dụng chất gây nghiện do nhà cung cấp đủ điều kiện tham gia Medicare thực hiện để nhanh chóng xác định mức độ nghiêm trọng của việc sử dụng chất gây nghiện và xác định mức độ điều trị phù hợp.• Những can thiệp hoặc lời khuyên ngắn gọn tập trung vào việc nâng cao hiểu biết và nhận thức về việc sử dụng chất gây nghiện cũng như động lực thay đổi hành vi. <p>Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện ngoại trú được Medicare chi trả.</p>
<p>Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm cả dịch vụ được cung cấp tại cơ sở bệnh viện ngoại trú và các trung tâm giải phẫu cấp cứu Lưu ý: Nếu quý vị phải phẫu thuật tại bệnh viện, quý vị nên trao đổi với bác sĩ về việc quý vị sẽ phải nằm viện hay ngoại trú. Nếu các nhà cung cấp không viết một lệnh chấp nhận quý vị là bệnh nhân nội trú đến bệnh viện thì quý vị là một bệnh nhân ngoại trú và phải trả những khoản chia sẻ chi phí cho phẫu thuật ngoại trú. Thậm chí nếu quý vị nằm viện qua đêm, quý vị vẫn có thể là một bệnh nhân ngoại trú.</p> <p>Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho phẫu thuật ngoại trú được Medicare bao trả được cung cấp tại cơ sở bệnh viện ngoại trú hoặc trung tâm phẫu thuật cấp cứu.</p>

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Dịch vụ nằm viện một phần và Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu <i>Nằm viện một phần</i> là một chương trình điều trị tâm thần tích cực có cấu trúc được cung cấp như một dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện hoặc bởi một trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, có tính chuyên sâu hơn so với dịch vụ chăm sóc nhận được tại phòng khám của bác sĩ, nhà trị liệu, nhà trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép và là một giải pháp thay thế cho việc nhập viện.</p> <p><i>Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu</i> là một chương trình có cấu trúc về điều trị sức khỏe hành vi (tâm thần) tích cực được cung cấp tại khoa ngoại trú của bệnh viện, trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, trung tâm y tế đủ điều kiện của Liên bang hoặc phòng khám sức khỏe nông thôn, chuyên sâu hơn so với dịch vụ chăm sóc tại phòng khám của bác sĩ, chuyên gia trị liệu, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép nhưng ít chuyên sâu hơn so với việc nằm viện bán thời gian.</p> <p>Có thể cần phải có sự cho phép trước và đây là trách nhiệm của nhà cung cấp.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ dịch vụ nhập viện một phần được Medicare bảo hiểm.</p>
<p>Các dịch vụ Bác sĩ điều trị/Chuyên viên y tế, bao gồm thăm khám tại phòng khám bác sĩ Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dịch vụ chăm sóc y tế hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế được cung cấp tại phòng khám của bác sĩ, trung tâm phẫu thuật ngoại trú được chứng nhận, khoa ngoại trú của bệnh viện hoặc bất kỳ địa điểm nào khác • Tham vấn, chẩn đoán và điều trị bởi một bác sĩ chuyên khoa • Các kiểm tra độ cân bằng và tính giác cơ bản thực hiện bởi PCP của quý vị hoặc bác sĩ chuyên khoa, nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu kiểm tra để xem quý vị có cần điều trị y tế không • Một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, miễn là nhà cung cấp của quý vị có thể cung cấp các dịch vụ này qua chăm sóc sức khỏe từ xa, bao gồm: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dịch vụ bác sĩ chăm sóc ban đầu ◦ Dịch vụ bác sĩ chuyên khoa ◦ Dịch vụ đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường ◦ Dịch vụ giáo dục về bệnh thận 	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ bác sĩ được Medicare bao trả (bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, dịch vụ chuyên môn truyền dịch tại nhà, và các dịch vụ cần thiết khẩn cấp).</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa bổ sung.</p>
<p><i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i></p>	


Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Các dịch vụ Bác sĩ điều trị/Chuyên viên y tế, bao gồm thăm khám tại phòng khám bác sĩ (tiếp theo)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dịch vụ sức khỏe tâm thần (buổi dành cho cá nhân) ◦ Dịch vụ sức khỏe tâm thần (buổi theo nhóm) ◦ Dịch vụ trị liệu nghề nghiệp ◦ Dịch vụ điều trị bằng opioid ◦ Dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện cho bệnh nhân ngoại trú (các buổi riêng lẻ) ◦ Dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện cho bệnh nhân ngoại trú (buổi họp nhóm) ◦ Dịch vụ vật lý trị liệu và ngữ âm trị liệu ◦ Dịch vụ tâm thần (buổi dành cho cá nhân) ◦ Dịch vụ tâm thần (buổi theo nhóm) ◦ Dịch vụ khẩn cấp cần thiết <ul style="list-style-type: none"> • Bảo hiểm này bổ sung cho các dịch vụ y tế từ xa được mô tả bên dưới. Để biết thêm chi tiết về phạm vi bảo hiểm chăm sóc sức khỏe từ xa bổ sung của quý vị, vui lòng xem lại Phạm vi bảo hiểm chăm sóc sức khỏe từ xa Aetna Medicare của quý vị tại AetnaMedicare.com/Telehealth <ul style="list-style-type: none"> ◦ Quý vị có thể lựa chọn nhận các dịch vụ này thông qua khám trực tiếp hoặc qua dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa. Nếu quý vị chọn nhận một trong những dịch vụ này qua thăm khám từ xa, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp dịch vụ qua thăm khám từ xa. Không phải tất cả các nhà cung cấp đều cung cấp dịch vụ thăm khám từ xa. ◦ Quý vị cần nên liên hệ với bác sĩ để biết thông tin về những dịch vụ khám sức khỏe từ xa mà họ cung cấp và cách lên lịch khám sức khỏe từ xa. Tùy thuộc vào vị trí, quý vị cũng có thể có tùy chọn lên lịch khám bệnh từ xa 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần qua Teladoc, MinuteClinic Video Visit hoặc nhà cung cấp khác cung cấp dịch vụ khám bệnh từ xa được bảo hiểm chi trả. Quý vị có thể truy cập Teladoc tại Teladoc.com/Aetna hoặc bằng cách gọi 1-855-TELADOC (1-855-835-2362) (TTY: 711). Quý vị có thể tìm hiểu xem MinuteClinic Video Visits có sẵn ở khu vực của quý vị không tại CVS.com/MinuteClinic/virtual-care/videovisit. • Một số dịch vụ khám sức khỏe từ xa, bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị do một bác sĩ cung cấp, cho bệnh nhân ở một số khu vực nông thôn hoặc những nơi khác mà Medicare phê duyệt 	
<p><i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i></p>	


Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Các dịch vụ Bác sĩ điều trị/Chuyên viên y tế, bao gồm thăm khám tại phòng khám bác sĩ (tiếp theo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cho các lần khám hàng tháng liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối dành cho các hội viên chạy thận nhân tạo tại nhà tại trung tâm chạy thận nhân tạo tại bệnh viện hoặc bệnh viện tiếp cận quan trọng, cơ sở chạy thận nhân tạo hoặc tại nhà của hội viên • Các dịch vụ khám sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng đột quỵ, bất kể vị trí của quý vị • Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa dành cho các hội viên mắc chứng rối loạn sử dụng chất gây nghiện hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần đồng thời, bất kể họ ở đâu • Các dịch vụ chẩn đoán, đánh giá và điều trị các rối loạn sức khỏe tâm thần từ xa nếu: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Quý vị có một lần khám trực tiếp trong vòng 6 tháng trước lần khám sức khỏe từ xa đầu tiên của quý vị ◦ Quý vị sẽ được thăm khám trực tiếp 12 tháng một lần khi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa này ◦ Các trường hợp ngoại lệ có thể được áp dụng cho những dịch vụ trên trong một số trường hợp nhất định • Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa dành cho các lần khám sức khỏe tâm thần do Phòng khám Sức khỏe Nông thôn và Trung tâm Y tế Đủ tiêu chuẩn Liên bang cung cấp • Kiểm tra trực tuyến (ví dụ: qua điện thoại hoặc trò chuyện video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút <u>nếu như:</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Quý vị không phải là bệnh nhân mới và ◦ Việc kiểm tra không liên quan đến thăm khám phòng mạch trong 7 ngày qua và ◦ Việc kiểm tra không dẫn đến thăm khám phòng mạch 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 giải thích cũng như theo dõi bởi bác sĩ trong vòng 24 giờ <u>nếu như:</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Quý vị không phải là bệnh nhân mới và ◦ Đánh giá không liên quan đến thăm khám phòng mạch trong 7 ngày qua và ◦ Đánh giá không dẫn đến thăm khám phòng mạch trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất có thể 	
<p><i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i></p>	

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Dịch vụ của bác sĩ/chuyên gia, bao gồm cả khám bệnh tại phòng khám bác sĩ (tiếp theo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tư vấn giữa bác sĩ của quý vị với các bác sĩ khác qua điện thoại, internet, hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử • Ý kiến thứ hai của nhà cung cấp khác trong mạng lưới trước khi phẫu thuật • Chăm sóc răng miệng không thường xuyên (các dịch vụ được bảo hiểm chỉ giới hạn ở phẫu thuật hàm hoặc các cấu trúc liên quan, chỉnh hình xương hàm hoặc xương mặt, nhổ răng để chuẩn bị hàm cho quá trình xạ trị bệnh ung thư tân sinh hoặc các dịch vụ được bảo hiểm chi trả khi do bác sĩ cung cấp) <p>Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	
<p>Các dịch vụ điều trị bệnh chân Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật các chấn thương và bệnh của bàn chân (như ngón chân hình búa hay cựa gót chân) • Chăm sóc bàn chân định kỳ cho các hội viên có các tình trạng bệnh lý nhất định ảnh hưởng tới các chi dưới. <p>Ngoài các quyền lợi được Medicare chi trả, chúng tôi còn cung cấp:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ chăm sóc bàn chân bổ sung (không được Medicare bảo hiểm): tối đa ba lần khám mỗi năm 	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ chữa bệnh chân được Medicare bảo hiểm.</p> <p>\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần khám bệnh chỉnh hình bàn chân không được Medicare chi trả.</p>
<p> Xét nghiệm tầm soát ung thư tuyến tiền liệt Đối với nam giới từ 50 tuổi trở lên, các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm những dịch vụ sau – một lần mỗi 12 tháng:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Xét nghiệm trực tràng kỹ thuật số • Xét nghiệm Kháng nguyên Đặc hiệu Tuyến tiền liệt (PSA) 	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho xét nghiệm PSA hàng năm.</p> <p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ khám trực tràng kỹ thuật số được bảo hiểm.</p>

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Thiết bị chỉnh hình và chân tay giả và các vật tư liên quan Các thiết bị (trừ răng) thay thế tất cả hay một phần của một phần cơ thể hay chức năng. Bao gồm nhưng không giới hạn ở việc kiểm tra, lắp hoặc đào tạo về việc sử dụng các thiết bị chỉnh hình và chân tay giả; cũng như: túi hậu môn nhân tạo và các vật tư liên quan trực tiếp đến việc chăm sóc hậu môn nhân tạo, máy tạo nhịp tim, niềng răng, giày chân tay giả, chân tay giả và ngực giả (bao gồm cả áo ngực phẫu thuật sau khi cắt bỏ vú). Bao gồm một số vật tư liên quan đến thiết bị chỉnh hình và chân tay giả, cũng như sửa chữa và/hoặc thay thế thiết bị chỉnh hình và chân tay giả. Cũng bao gồm một số phạm vi bảo hiểm sau khi loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể – xem Chăm sóc thị lực ở phần sau của phần này để biết thêm chi tiết.</p> <p>Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các thiết bị chỉnh hình và chân tay giả cũng như các vật tư liên quan được Medicare chi trả.</p>
<p>Các dịch vụ phục hồi chức năng phổi Các chương trình phục hồi chức năng phổi toàn diện được bảo hiểm cho các hội viên có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) ở mức trung bình tới rất nặng và một giấy giới thiệu phục hồi chức năng phổi từ bác sĩ điều trị bệnh hô hấp mạn tính.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ dịch vụ phục hồi chức năng phổi được Medicare bảo hiểm.</p>
<p> Sàng lọc và tư vấn để giảm tình trạng lạm dụng rượu Chúng tôi bảo hiểm một sàng lọc lạm dụng rượu cho người trưởng thành tham gia Medicare (bao gồm phụ nữ có thai) những người lạm dụng rượu nhưng không phụ thuộc rượu.</p> <p>Nếu xét nghiệm cho thấy quý vị có dấu hiệu lạm dụng rượu, quý vị có thể được tư vấn trực tiếp tối đa 4 lần mỗi năm (nếu quý vị đủ năng lực và tỉnh táo trong quá trình tư vấn) do bác sĩ chăm sóc chính hoặc bác sĩ hành nghề có trình độ chuyên môn thực hiện tại cơ sở chăm sóc chính.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ đối với sàng lọc được Medicare bảo hiểm và tư vấn để giảm quyền lợi phòng ngừa lạm dụng rượu.</p>

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p> Sàng lọc ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (LDCT) Đối với những cá nhân đủ điều kiện, LDCT sẽ được chi trả mỗi 12 tháng.</p> <p>Các hội viên hội đủ điều kiện là: những người trong độ tuổi 50–77 không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của ung thư phổi, nhưng có tiền sử hút thuốc lá ít nhất 20 gói một năm và hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ thuốc lá trong vòng 15 năm qua, những người nhận được lệnh chụp LDCT trong quá trình tư vấn sàng lọc ung thư phổi và chuyển thăm khám ra quyết định chung đáp ứng các tiêu chí của Medicare cho các chuyển thăm khám như vậy và được thực hiện bởi bác sĩ hoặc bác sĩ hành nghề không phải bác sĩ đủ tiêu chuẩn.</p> <p><i>Đối với sàng lọc ung thư phổi bằng LDCT sau lần sàng lọc LDCT ban đầu:</i> hội viên phải nhận được lệnh tầm soát ung thư phổi bằng phương pháp LDCT, có thể được cung cấp trong bất kỳ lần khám thích hợp nào với bác sĩ hoặc bác sĩ hành nghề không phải là bác sĩ đủ tiêu chuẩn. Nếu bác sĩ hoặc người hành nghề không phải bác sĩ đủ tiêu chuẩn chọn cung cấp tư vấn sàng lọc ung thư phổi và chuyển thăm khám ra quyết định cho các lần sàng lọc ung thư phổi tiếp theo bằng LDCT, thì chuyển thăm khám đó phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare cho các chuyển thăm khám đó.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho dịch vụ tư vấn và thăm khám cùng ra quyết định được Medicare chi trả hoặc cho LDCT.</p>
<p> Khám sàng lọc các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STIs) và tư vấn phòng ngừa STI Chúng tôi bảo hiểm các kiểm tra bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI) đối với người nhiễm virus chlamydia, bệnh lậu, bệnh giang mai và Viêm gan B. Những sàng lọc này được bảo hiểm cho phụ nữ có thai và cho một số người nhất định có nguy cơ lớn nhiễm STI khi các cuộc kiểm tra được yêu cầu bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc ban đầu. Chúng tôi bao trả cho các xét nghiệm này một lần trong mỗi 12 tháng hoặc vào những lúc nào đó trong thai kỳ.</p> <p>Chúng tôi cũng chi trả tối đa hai buổi tư vấn hành vi trực tiếp, cường độ cao, kéo dài từ 20 đến 30 phút mỗi năm cho người lớn hoạt động tình dục có nguy cơ mắc STI cao. Chúng tôi sẽ chỉ bảo hiểm cho các buổi tư vấn như một dịch vụ phòng bệnh nếu chúng được thực hiện bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc ban đầu và diễn ra tại cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu, như một phòng khám của bác sĩ.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ đối với sàng lọc STI được Medicare bảo hiểm và tư vấn cho các quyền lợi phòng ngừa STI.</p>


Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Dịch vụ điều trị bệnh thận Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận nhằm dạy cách chăm sóc thận và giúp các hội viên thực hiện các quyết định được thông báo về việc chăm sóc của họ. Với các hội viên bị bệnh thận mạn tính giai đoạn IV khi tới gặp bác sĩ của họ, chúng tôi bảo hiểm tối đa sáu buổi dành cho các dịch vụ giáo dục về bệnh thận cho suốt một đời. • Các phương pháp điều trị chạy thận ngoại trú (bao gồm các phương pháp điều trị chạy thận khi tạm thời không có trong khu vực dịch vụ, như đã giải thích trong Chương 3, hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này của quý vị tạm thời không có mặt hoặc không thể tiếp cận) • Các điều trị chạy thận nội trú (nếu quý vị được nhập viện như một bệnh nhân nội trú tại một bệnh viện để chăm sóc đặc biệt) • Đào tạo tự chạy thận (bao gồm đào tạo cho quý vị và bất kỳ ai giúp quý vị điều trị chạy thận tại nhà) • Thiết bị và vật dụng chạy thận nhân tạo tại nhà • Các dịch vụ hỗ trợ tại nhà nhất định (như khi cần thiết, các lần ghé thăm của các nhân viên chạy thận được đào tạo để kiểm tra việc chạy thận tại nhà của quý vị, để giúp đỡ trong các trường hợp khẩn cấp và kiểm tra nguồn nước và các thiết bị chạy thận của quý vị) <p>Một số loại thuốc dùng để chạy thận được bảo hiểm theo chế độ quyền lợi thuốc Medicare Phần B của quý vị. Để biết thông tin về phạm vi bảo hiểm thuốc Phần B, vui lòng truy cập phần Thuốc theo toa Phần B của Medicare.</p> <p>Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ được Medicare bao trả để điều trị bệnh và tình trạng bệnh thận.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho dịch vụ lọc thận ngoại trú, đào tạo tự lọc máu, một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà cũng như thiết bị và vật tư lọc máu tại nhà được Medicare bao trả.</p> <p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ bệnh viện nội trú được bảo hiểm.</p> <p>Quyền lợi dành cho bệnh nhân nội trú của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày mỗi khi quý vị được nhận vào trong hoặc vào một loại cơ sở cụ thể. Chuyển viện trong phạm vi hoặc đến một cơ sở bao gồm các cơ sở Phục hồi chức năng nội trú, các cơ sở Chăm sóc cấp tính dài hạn (LTAC), các cơ sở Chăm sóc cấp tính nội trú, và các cơ sở Tâm thần nội trú, được coi là trường hợp tiếp nhận mới.</p> <p>Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc nội trú được cho phép tại bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị ổn định, chi phí của quý vị là chia sẻ chi phí mà quý vị sẽ trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.</p>

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Chăm sóc tại Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) (Để biết định nghĩa về dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hãy xem Chương 12 của tài liệu này. Các cơ sở điều dưỡng chuyên môn đôi khi được gọi là SNF.)</p> <p>Số ngày được bảo hiểm: tối đa 100 ngày cho mỗi kỳ hưởng quyền lợi. Không cần phải nằm viện trước đó. Chúng tôi sẽ chỉ chi trả cho thời gian nằm viện của quý vị nếu quý vị đáp ứng một số nguyên tắc nhất định của Medicare và thời gian nằm viện của quý vị là cần thiết về mặt y tế.</p> <p>Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm nhưng không bị giới hạn trong:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phòng nửa riêng nửa chung (hay một phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế) • Các bữa ăn, bao gồm chế độ ăn đặc biệt • Các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn • Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và ngữ âm trị liệu • Thuốc được quản lý cho quý vị như một phần của chương trình chăm sóc của quý vị (Điều này bao gồm các chất có sẵn trong cơ thể, như các yếu tố đông máu.) • Máu - bao gồm quản lý và dự trữ. Bảo hiểm máu toàn phần và hồng cầu đóng túi bắt đầu từ lít máu đầu tiên mà quý vị cần. Tất cả các thành phần máu khác được bảo hiểm bắt đầu khi pint máu đầu tiên được sử dụng. • Các vật tư y tế và phẫu thuật thông thường được cung cấp bởi các SNF • Các kiểm tra trong phòng thí nghiệm thường được thực hiện bởi các SNF • Chụp X-quang và các dịch vụ X-quang khác thường được cung cấp bởi SNF • Việc sử dụng các thiết bị như xe lăn thường được cung cấp bởi các SNF • Các dịch vụ Bác sĩ/Chuyên viên y tế 	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) được Medicare bao trả.</p> <p>Một “thời kỳ quyền lợi” bắt đầu từ ngày quý vị vào bệnh viện hoặc một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Thời kỳ quyền lợi kết thúc khi quý vị không nhận được bất kỳ sự chăm sóc nội trú nào tại bệnh viện (hoặc sự chăm sóc chuyên môn trong một cơ sở điều dưỡng chuyên môn SNF) trong thời gian 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị vào bệnh viện hoặc một cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi thời kỳ quyền lợi đã chấm dứt thì một thời kỳ quyền lợi mới sẽ bắt đầu được tính. Không có hạn chế về số lượng các thời kỳ quyền lợi quý vị có thể có.</p>
<p><i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i></p>	

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Chăm sóc tại Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) (tiếp theo) Nhìn chung, quý vị sẽ nhận được chăm sóc SNF từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, theo các điều kiện nhất định được liệt kê dưới đây, quý vị có thể nhận chăm sóc từ một cơ sở không phải là nhà cung cấp trong mạng lưới, nếu cơ sở chấp nhận số tiền thanh toán của chương trình của chúng tôi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Một nhà an dưỡng hay cộng đồng hưu trí cần chăm sóc liên tục tại nơi quý vị đang sống ngay trước khi nhập viện (miễn là nó cung cấp chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn). • Một SNF nơi vợ/chồng của quý vị đang sống tại thời điểm quý vị xuất viện. <p>Cho phép trước có thể là yêu cầu bắt buộc và đó là trách nhiệm của nhà cung cấp của quý vị.</p>	
<p> Cai thuốc lá và ngưng sử dụng thuốc lá (tư vấn cai thuốc lá hoặc sử dụng thuốc lá) <u>Nếu quý vị sử dụng thuốc lá nhưng không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá:</u> Chúng tôi chi trả hai lần tư vấn cai thuốc trong vòng 12 tháng như một dịch vụ phòng ngừa mà không tính phí. Mỗi lần tư vấn bao gồm tối đa bốn lần gặp mặt trực tiếp.</p> <p><u>Nếu quý vị sử dụng thuốc lá và được chẩn đoán mắc bệnh liên quan đến thuốc lá hoặc đang dùng thuốc có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc lá:</u> Chúng tôi cung cấp dịch vụ tư vấn cai thuốc. Chúng tôi chi trả cho hai lần tư vấn cai thuốc trong vòng 12 tháng, tuy nhiên, quý vị sẽ phải trả phần chi phí chia sẻ liên quan. Mỗi lần tư vấn bao gồm tối đa bốn lần gặp mặt trực tiếp.</p> <p>Ngoài các quyền lợi được Medicare chi trả, chúng tôi còn cung cấp:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các buổi tư vấn trung cấp và chuyên sâu trực tiếp cho cá nhân và nhóm (không được Medicare bảo hiểm): số lần thăm khám không giới hạn mỗi năm 	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ đối với các quyền lợi phòng ngừa ngưng hút thuốc và sử dụng thuốc được Medicare bảo hiểm.</p> <p>\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần khám cai thuốc lá và cai thuốc lá bổ sung không được Medicare chi trả.</p>


Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Liệu pháp Tập thể dục có Giám sát (SET) SET được bảo hiểm cho những hội viên mắc bệnh động mạch ngoại biên có triệu chứng (PAD).</p> <p>Có thể tham gia tới 36 buổi học trong khoảng thời gian 12 tuần nếu đáp ứng được các yêu cầu của chương trình SET.</p> <p>Chương trình SET phải:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bao gồm các buổi kéo dài 30-60 phút, bao gồm chương trình tập luyện trị liệu cho PAD ở những bệnh nhân bị khớp khiếm • Được thực hiện ở bệnh viện ngoại trú hoặc tại phòng khám bác sĩ • Được cung cấp bởi nhân viên phụ tá đủ điều kiện cần thiết để đảm bảo lợi ích nhiều hơn tác hại, và những người được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho PAD • Dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, trợ lý bác sĩ, hoặc chuyên viên điều dưỡng/chuyên viên điều dưỡng lâm sàng phải được đào tạo về cả kỹ thuật hỗ trợ cuộc sống cơ bản và nâng cao <p>SET có thể được bảo hiểm trên 36 phiên trong 12 tuần cho thêm 36 phiên trong một khoảng thời gian dài nếu một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe coi là cần thiết về mặt y tế.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho Liệu pháp tập thể dục có giám sát được Medicare chi trả.</p>
<p>Dịch vụ vận chuyển (không khẩn cấp) Quý vị có thể có tới 12 chuyến đi một chiều mỗi năm. Giới hạn số dặm là 50 dặm cho mỗi chuyến đi một chiều. Quyền lợi này được quản lý thông qua ModivCare. Dịch vụ đưa đón được cung cấp đến và đi từ các địa điểm đã được chương trình phê duyệt, bao gồm các phòng khám và trung tâm chăm sóc khẩn cấp.</p> <p>Để lên lịch, thay đổi hoặc hủy chuyến đi, chỉ cần gọi cho ModivCare theo số 1-844-452-9375 (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Chuyến đi phải được lên lịch ít nhất hai ngày làm việc trước thời gian đón quý vị và có thể thay đổi hoặc hủy trước thời gian đón quý vị 24 giờ. Người đại diện sẽ lên lịch chuyến đi cho quý vị thông qua dịch vụ vận chuyển (như taxi hoặc xe buýt) hoặc dịch vụ đi chung xe (như Uber hoặc Lyft).</p>	<p>\$0 đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ vận chuyển.</p>
<p><i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i></p>	


Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Liệu pháp tập thể dục có giám sát (SET) (tiếp theo)</p> <p>Lời khuyên: Hãy chắc chắn rằng quý vị đã lên lịch cho chuyến đi đến và đi từ điểm đến của mình. Chuyến đi này được tính là hai chuyến đi một chiều.</p> <p>Xin lưu ý:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quý vị chịu trách nhiệm chuẩn bị sẵn sàng khi tài xế đến. 2. Tài xế không có trách nhiệm hỗ trợ quý vị từ nhà đến xe, hoặc từ xe đến cửa của địa điểm. Nếu cần hỗ trợ, quý vị có thể nhờ người hộ tống (thành viên gia đình hoặc người chăm sóc) đi cùng. <p>*Số tiền quý vị thanh toán cho các dịch vụ đi lại không áp dụng cho số tiền tự chi trả tối đa của quý vị.</p>	
<p>Dịch vụ khẩn cấp cần thiết</p> <p>Một dịch vụ được chương trình bảo hiểm yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức mà không phải trường hợp cấp cứu là dịch vụ cần thiết cấp bách nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của kế hoạch hoặc thậm chí nếu quý vị ở trong khu vực dịch vụ của chương trình, thì việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng là không hợp lý xét theo thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Chương trình của quý vị phải bao gồm các dịch vụ cần thiết khẩn cấp và chỉ tính phí chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết cấp bách là các bệnh tật và thương tích không lường trước được hoặc các bệnh trạng đã có sẵn bùng phát bất ngờ. Tuy nhiên, các chuyến thăm khám định kỳ cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như kiểm tra sức khỏe hàng năm, không được coi là cần thiết cấp bách ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình tạm thời không khả dụng.</p> <p>Ngoài các quyền lợi được Medicare chi trả, chúng tôi còn cung cấp:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chăm sóc khẩn cấp (toàn thế giới) <p>Quyền lợi tối đa hàng năm là \$50,000 cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu trên toàn thế giới, xe cứu thương khẩn cấp và dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp tại Hoa Kỳ.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho mỗi lần khám chăm sóc khẩn cấp trên toàn thế giới (tức là bên ngoài Hoa Kỳ).</p>
<p><i>Quyền lợi này được trình bày tiếp ở trang tiếp theo.</i></p>	

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Dịch vụ khẩn cấp cần thiết (tiếp theo)</p> <p>Quý vị có thể phải thanh toán cho nhà cung cấp tại thời điểm nhận dịch vụ và yêu cầu hoàn tiền. Quý vị sẽ được hoàn trả tới số tiền trợ cấp tối đa hàng năm trừ đi mọi khoản đồng thanh toán hoặc chia sẻ chi phí được áp dụng.</p>	
<p>Mô hình thiết kế bảo hiểm dựa trên giá trị (VBID) Khi đủ điều kiện tham gia chương trình này, quý vị sẽ được hưởng thêm nhiều quyền lợi bổ sung. Xin vui lòng xem Biểu đồ quyền lợi bổ sung đặc biệt sau Biểu đồ Quyền lợi Y tế.</p>	<p>Xem Biểu đồ quyền lợi bổ sung đặc biệt để biết thông tin.</p>
<p> Chăm sóc thị lực Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dịch vụ bác sĩ ngoại trú để chẩn đoán và điều trị các bệnh và chấn thương về mắt, bao gồm điều trị thoái hóa điểm vàng do tuổi tác. Original Medicare không bảo hiểm việc kiểm tra mắt định kỳ (đo mắt) cho việc sử dụng kính đeo mắt và kính áp tròng. Với người có nguy cơ cao bị tăng nhãn áp, chúng tôi sẽ trả tiền cho một lần khám tầm soát cao nhãn áp mỗi năm. Những người có nguy cơ mắc bệnh tăng nhãn áp cao bao gồm: những 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 và người Mỹ gốc Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên. Đối với những người bị tiểu đường, sàng lọc bệnh màng lưới do tiểu đường được bảo hiểm một năm một lần. Một cặp kính mắt hoặc kính áp tròng sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể bao gồm việc lắp kính nội nhãn. (Nếu quý vị có hai lần phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị không thể bảo lưu quyền lợi sau lần phẫu thuật thứ nhất và mua hai kính đeo mắt sau lần phẫu thuật thứ hai.) <p>Ngoài các quyền lợi được Medicare chi trả, chúng tôi còn cung cấp:</p> <ul style="list-style-type: none"> Khám mắt (khúc xạ) không được Medicare đài thọ: một lần khám mỗi năm Khám mắt theo dõi do bị tiểu đường 	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ đối với các lần khám mắt, sàng lọc bệnh tăng nhãn áp hoặc kính mắt được Medicare bao trả.</p> <p>\$0 đồng thanh toán cho mỗi lần khám mắt cho bệnh nhân tiểu đường tiếp theo.</p>

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Chăm sóc thị lực — kính mắt (không được Medicare đài thọ) Với chương trình này, quý vị sẽ nhận được khoản trợ cấp kính mắt (trợ cấp) lên đến \$300 mỗi năm cho kính thuốc bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kính áp tròng • Kính mắt bao gồm cả mắt kính lẫn gọng kính • Mắt kính • Gọng kính • Nâng cấp (bao gồm cả khả năng chống tia cực tím và lớp phủ chống trầy xước) <p>Chúng tôi đã hợp tác với VSP để cung cấp quyền lợi này. Quý vị phải đến nhà cung cấp VSP để sử dụng số tiền quyền lợi của mình. Nếu quý vị chọn kính mắt có giá cao hơn số tiền quyền lợi của mình, quý vị sẽ chỉ cần trả phần chênh lệch. Để tìm nhà cung cấp, quý vị có thể tìm kiếm danh mục nhà cung cấp trực tuyến tại vsp.com/eye-doctor hoặc gọi đến số điện thoại trên thẻ ID hội viên của quý vị.</p> <p>*Số tiền quý vị thanh toán cho các dịch vụ kính mắt bổ sung không áp dụng cho số tiền tự chi trả tối đa của quý vị.</p>	<p>Kính mắt theo toa được bảo hiểm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kính áp tròng: \$0 đồng thanh toán • Kính mắt (tròng kính và gọng kính): \$0 đồng thanh toán • Tròng kính: \$0 đồng thanh toán • Gọng kính: \$0 đồng thanh toán • Nâng cấp (bao gồm bảo vệ tia UV và lớp phủ chống trầy xước): \$0 đồng thanh toán
<p> Thăm khám phòng ngừa Chào Mừng đến với Medicare Chương trình này bao gồm lần thăm khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare một lần. Lần thăm khám bao gồm việc đánh giá sức khỏe của quý vị, cũng như giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng ngừa quý vị cần (bao gồm một số xét nghiệm và tiêm chủng (hoặc vắc-xin)), và giới thiệu các dịch vụ chăm sóc khác nếu cần.</p> <p>Quan trọng: Chúng tôi chỉ chi trả cho lần thăm khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare trong vòng 12 tháng đầu tiên quý vị có Medicare Phần B. Khi đặt lịch hẹn, hãy cho phòng khám bác sĩ biết rằng quý vị muốn lên lịch cho chuyến thăm khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho chuyến thăm khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare.</p> <p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho việc sàng lọc điện tâm đồ được Medicare chi trả sau chuyến thăm khám phòng ngừa Chào mừng đến với Medicare.</p>
<p>Tóc giả Quý vị sẽ nhận được khoản trợ cấp \$400 (tiền trợ cấp) hàng năm cho các bộ tóc giả được chi trả khi tóc bị rụng do hóa trị. Để được hỗ trợ mua tóc giả, vui lòng gọi đến số điện thoại trên thẻ ID hội viên của quý vị để nói chuyện với Dịch vụ hội viên hoặc Quản lý chăm sóc của quý vị.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ cho tóc giả vì chứng rụng tóc liên quan đến hóa trị.</p>

Lưu ý: Chia sẻ chi phí dựa trên mức độ đủ điều kiện hưởng Medicaid của quý vị.

Biểu đồ quyền lợi bổ sung đặc biệt

Chương trình của chúng tôi cung cấp thêm các quyền lợi cho các hội viên đủ điều kiện ghi danh vào chương trình này. Biểu đồ dưới đây mô tả các quyền lợi bổ sung có sẵn.

Chương trình hỗ trợ Aetna (AAP)	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Ví hỗ trợ thêm Quý vị nhận được Ví hỗ trợ thêm với số tiền trợ cấp hàng tháng là \$125 (tiền trợ cấp) trên Thẻ trợ cấp Medicare bổ sung của Aetna để thanh toán cho:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thực phẩm lành mạnh bao gồm thịt, nông sản, sản phẩm từ sữa và nhiều hơn nữa <ul style="list-style-type: none"> ◦ Thực phẩm lành mạnh được chấp thuận có thể được mua tại cửa hàng tại các cửa hàng bán lẻ tham gia và trực tuyến tại CVS.com/Aetna hoặc qua điện thoại theo số 1-844-428-8147 (TTY: 711). ◦ Ví dụ về các sản phẩm không đủ điều kiện bao gồm thuốc lá, rượu, kẹo, nước ngọt và các sản phẩm không phải thực phẩm. • Các sản phẩm chăm sóc sức khỏe không kê toa (OTC) được chấp thuận bao gồm thuốc dị ứng, thuốc giảm đau, đồ sơ cứu, v.v. Quyền lợi này bao gồm một số liệu pháp thay thế nicotine. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Các sản phẩm OTC được chấp thuận có thể được mua tại cửa hàng tại các cửa hàng bán lẻ tham gia bao gồm các địa điểm bán lẻ CVS® (trừ các địa điểm bên trong các cửa hàng khác) và trực tuyến tại CVS.com/Aetna hoặc qua điện thoại theo số 1-844-428-8147 (TTY: 711). • Vận chuyển bao gồm xăng tại trạm bơm, phương tiện giao thông công cộng và một số dịch vụ đi chung xe <ul style="list-style-type: none"> ◦ Phải mua xăng tại máy bơm bằng cách quét thẻ và chọn hình thức thanh toán là tín dụng. ◦ Thẻ này không thể được sử dụng để mua xăng hoặc các sản phẩm bên trong cửa hàng tại trạm xăng. ◦ Việc mua khí đốt có thể bị giữ lại và tiền có thể không có sẵn trong khi giao dịch đó đang được xử lý. ◦ Đối với dịch vụ đi chung xe, quý vị sẽ cần tải xuống ứng dụng tương ứng và thêm Thẻ Aetna Medicare Extra Benefits làm phương thức thanh toán. • Tiện ích bao gồm gas, điện, nước, cống rãnh, điện thoại cố định, điện thoại di động và dịch vụ internet <ul style="list-style-type: none"> ◦ Nhà cung cấp tiện ích phải chấp nhận Visa®. Chi phí tiện ích phải được thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp tiện ích bằng thẻ. • Các sản phẩm chăm sóc cá nhân bao gồm khăn giấy, dầu gội, xà phòng và nhiều sản phẩm khác <ul style="list-style-type: none"> ◦ Các sản phẩm chăm sóc cá nhân được chấp thuận có thể được mua tại cửa hàng tại các cửa hàng bán lẻ tham gia bao gồm các địa điểm bán lẻ CVS® (trừ các địa điểm bên trong các cửa hàng khác) và trực tuyến tại CVS.com/Aetna hoặc qua điện thoại theo số 1-844-428-8147 (TTY: 711). 	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho Ví hỗ trợ thêm.</p>

Chương trình hỗ trợ Aetna (AAP)	Số tiền quý vị phải trả khi nhận các dịch vụ này
<p>Số tiền trợ cấp hàng tháng của quý vị sẽ có trên Thẻ Aetna Medicare Extra Benefits vào ngày đầu tiên của mỗi tháng.</p> <p>Hãy chắc chắn sử dụng toàn bộ số tiền trợ cấp mỗi tháng, vì bất kỳ số tiền trợ cấp nào chưa sử dụng sẽ không được chuyển sang tháng tiếp theo cũng như không được chuyển sang năm chương trình tiếp theo. Không có ngoại lệ nào cho phép yêu cầu thêm tiền hoặc tiền chưa sử dụng vào thẻ của quý vị.</p> <p>Quan trọng: Aetna không chịu trách nhiệm về các khoản phí liên quan đến việc thanh toán tiện ích trẻ. Để biết thêm thông tin về Thẻ Aetna Medicare Extra Benefits, hãy xem phần Thẻ Aetna Medicare Extra Benefits trong Chương 4.</p>	
<p>Thuốc theo toa Phần D được Medicare chi trả \$0</p> <p>Quý vị sẽ trả \$0 cho các loại thuốc theo toa được bảo hiểm theo Phần D thông qua Chương trình hỗ trợ chi phí thuốc theo toa của Aetna trong suốt mọi giai đoạn bảo hiểm khi sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới.</p>	\$0 đồng thanh toán cho thuốc theo toa được bảo hiểm theo Phần D.
<p>Không đảm bảo tính đủ điều kiện tham gia các Chương trình Quyền lợi Mô hình hoặc Phần thưởng và Khuyến khích (RI) theo Mô hình Thiết kế Bảo hiểm Dựa trên Giá trị (VBID) và sẽ được Aetna xác định sau khi ghi danh, dựa trên các tiêu chí có liên quan (ví dụ: chẩn đoán lâm sàng, tiêu chí đủ điều kiện, tham gia chương trình quản lý tình trạng bệnh).</p>	

2025 DentaQuest 1 HMO
Biểu Quyền lợi Nha khoa

Các hội viên QMB của Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) có mức tối đa hàng năm là **\$2,000** áp dụng cho TẤT CẢ các quyền lợi được bảo hiểm. Mức tối đa thường niên được tính theo năm dương lịch, từ tháng 1 đến tháng hết 12. Các dịch vụ được bảo hiểm được liệt kê trong phần này có thể được cung cấp lên đến mức tối đa hàng năm là **\$2,000** dựa trên biểu phí hợp đồng của quý vị với DentaQuest. Quý vị chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ dịch vụ nào ngoài mức tối đa hàng năm **\$2,000**.

Mã CDT	Mô tả	Yêu cầu sự cho phép trước	Giới hạn
Dịch vụ chẩn đoán			
D0120	Đánh giá răng miệng định kỳ — bệnh nhân đã được xác định	Không	Hai trong số (D0120, D0140, D0150, D0160, D0170, D0180) trong 1 năm dương lịch cho mỗi bệnh nhân.
D0140	Đánh giá răng miệng hạn chế — tập trung vào vấn đề	Không	
D0150	Đánh giá răng miệng toàn diện — bệnh nhân mới hoặc đã quen	Không	
D0160	Đánh giá răng miệng chi tiết và toàn diện — tập trung vào vấn đề, theo báo cáo	Không	
D0170	Đánh giá lại, tập trung vào vấn đề hạn chế	Không	
D0180	Đánh giá nha chu toàn diện — bệnh nhân mới hoặc đã quen	Không	
D0210	Trong miệng — chuỗi hình ảnh chụp X-quang hoàn chỉnh	Không	Một trong số (D0210, D0330, D0277, D0372) sau mỗi 36 tháng, cho mỗi bệnh nhân.
D0220	Trong miệng — hình ảnh chụp X-quang đầu tiên quanh chóp	Không	Một trong số (D0220, D0230, D0240, D0270, D0272, D0273, D0274, D0373) cho mỗi bệnh nhân trong một năm dương lịch
D0230	Trong miệng — quanh chóp mỗi hình ảnh chụp X-quang bổ sung	Không	
D0240	Trong miệng — hình ảnh chụp X-quang khớp cắn	Không	
D0270	Cánh cắn — hình ảnh chụp X-quang đơn lẻ	Không	
D0272	Cánh cắn — hai hình ảnh chụp X-quang	Không	
D0273	Cánh cắn — ba hình ảnh chụp X-quang	Không	
D0274	Cánh cắn — bốn hình ảnh chụp X-quang	Không	
D0277	Cắn cánh dọc — bảy đến tám phim	Không	Một trong số (D0210, D0330, D0277, D0372) sau mỗi 36 tháng, cho mỗi bệnh nhân
D0330	Hình ảnh chụp X quang toàn cảnh	Không	
D0372	Chụp cắt lớp trong miệng — loạt hình ảnh chụp X-quang toàn diện	Không	

Mã CDT	Mô tả	Yêu cầu sự cho phép trước	Giới hạn
D0373	Chụp cắt lớp vi tính trong miệng — hình ảnh chụp X quang cánh cắn	Không	Một trong số (D0220, D0230, D0240, D0270, D0272, D0273, D0274, D0373) cho mỗi bệnh nhân trong một năm dương lịch
D0374	Chụp cắt lớp trong miệng — hình ảnh chụp X quang quanh chóp	Không	Một trong số (D0374) cứ sau 12 tháng, cho mỗi bệnh nhân
D0606	Xét nghiệm phân tử để tìm mầm bệnh liên quan đến sức khỏe cộng đồng, bao gồm cả vi-rút corona	Không	Một trong số (D0606) cho mỗi 1 ngày cho mỗi Nhà cung cấp HOẶC Địa điểm.
Dịch vụ phòng ngừa			
D1110	Phòng bệnh, người lớn	Không	Hai trong số (D1110, D4346, D4910) trong 1 năm dương lịch cho mỗi bệnh nhân.
D1206	Bôi vecni florua tại chỗ	Không	Một trong số (D1206, D1208, D9910) trong 1 năm dương lịch cho mỗi bệnh nhân.
D1208	Bôi florua tại chỗ, không bao gồm vecni	Không	
Dịch vụ phục hồi			
D2140	Amalgam — một bề mặt, ban đầu hoặc vĩnh viễn	Không	Một trong số (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394, D2990) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân, mỗi răng, mỗi bề mặt. Không được phép sử dụng dịch vụ D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335 sau khi đã thanh toán dịch vụ D2390 hoặc các dịch vụ mào răng khác.
D2150	Amalgam — hai bề mặt, chính hoặc vĩnh viễn	Không	
D2160	Amalgam — ba bề mặt, chính hoặc vĩnh viễn	Không	
D2161	Amalgam — bốn bề mặt trở lên, chính hoặc vĩnh viễn	Không	
D2330	Composite gốc nhựa — một bề mặt, răng cửa	Không	
D2331	Hợp chất gốc nhựa — hai bề mặt, răng cửa	Không	
D2332	Vật liệu composite gốc nhựa — ba bề mặt, răng cửa	Không	
D2335	Hợp chất gốc nhựa — bốn bề mặt trở lên hoặc liên quan đến góc cắn (phía trước)	Không	
D2390	Mào composite gốc nhựa, răng cửa	Không	
D2391	Composite gốc nhựa — một bề mặt, răng cối	Không	
D2392	Composite gốc nhựa — hai bề mặt, răng cối	Không	
D2393	Composite gốc nhựa — ba bề mặt, răng cối	Không	
D2394	Composite gốc nhựa — bốn bề mặt trở lên, răng cối	Không	

Mã CDT	Mô tả	Yêu cầu sự cho phép trước	Giới hạn
D2510	Trám inlay kim loại — một bề mặt	Không	
D2520	Trám inlay kim loại — hai bề mặt	Không	
D2530	Trám inlay kim loại — ba bề mặt trở lên	Không	
D2542	Trám onlay kim loại — hai bề mặt	Không	
D2543	Trám onlay kim loại — ba bề mặt	Không	
D2544	Trám onlay kim loại — bốn bề mặt trở lên	Không	
D2610	Trám inlay sứ/gốm — một bề mặt	Không	
D2620	Trám inlay sứ/gốm — hai bề mặt	Không	Một trong số (D2510, D2520, D2530, D2542, D2543, D2544, D2610, D2620, D2630, D2642, D2643, D2644, D2650, D2651, D2652, D2662, D2663, D2664, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2780, D2781, D2782, D2783, D2790, D2791, D2792, D2794) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D2630	Trám inlay sứ/gốm — ba bề mặt trở lên	Không	
D2642	Trám onlay sứ/gốm — hai bề mặt	Không	

Mã CDT	Mô tả	Yêu cầu sự cho phép trước	Giới hạn
D2643	Trám onlay sứ/gốm — ba bề mặt	Không	Một trong số (D2510, D2520, D2530, D2542, D2543, D2544, D2610, D2620, D2630, D2642, D2643, D2644, D2650, D2651, D2652, D2662, D2663, D2664, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2780, D2781, D2782, D2783, D2790, D2791, D2792, D2794) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D2644	Trám onlay sứ/gốm — bốn bề mặt trở lên	Không	
D2650	Trám inlay composite/nhựa — một bề mặt	Không	
D2651	Trám inlay composite/nhựa — hai bề mặt	Không	
D2652	Trám inlay composite/nhựa — ba bề mặt trở lên	Không	
D2662	Trám onlay composite/nhựa — hai bề mặt	Không	
D2663	Trám onlay composite/nhựa — ba bề mặt	Không	
D2664	Trám onlay composite/nhựa — bốn bề mặt trở lên	Không	
D2710	Mão răng — composite gốc nhựa (gián tiếp)	Không	
D2712	Mão răng — ¾ composite gốc nhựa (gián tiếp)	Không	
D2720	Mão răng — nhựa có kim loại quý cao	Không	
D2721	Mão răng — nhựa với phần lớn là kim loại cơ bản	Không	
D2722	Mão răng — nhựa có kim loại quý	Không	
D2740	Mão răng - sứ/gốm	Không	
D2750	Mão răng - kim loại quý cao bọc sứ	Không	
D2751	Mão răng - kim loại nền chủ yếu bọc sứ	Không	
D2752	Mão răng sứ - sứ nung chảy trên kim loại quý	Không	
D2753	Mão răng — titan và hợp kim titan bọc sứ	Không	
D2780	Mão răng — ¾ đúc bằng kim loại quý	Không	
D2781	Mão răng — ¾ đúc chủ yếu bằng kim loại cơ bản	Không	
D2782	Mão răng — ¾ đúc bằng kim loại quý	Không	
D2783	Mão răng — ¾ sứ/gốm	Không	
D2790	Mão răng — đúc hoàn toàn bằng kim loại quý cao	Không	
D2791	Mão răng — đúc hoàn toàn chủ yếu bằng kim loại cơ bản	Không	
D2792	Mão răng — kim loại quý đúc nguyên khối	Không	
D2794	Mão răng — titan và hợp kim titan	Không	

Mã CDT	Mô tả	Yêu cầu sự cho phép trước	Giới hạn
D2910	Gắn kết lại hoặc dán lại miếng trám, miếng phủ, miếng dán hoặc phục hồi che phủ một phần	Không	Một trong số (D2910) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D2915	Gắn kết lại hoặc dán lại trụ và lõi được chế tạo gián tiếp hoặc chế tạo sẵn	Không	Một trong số (D2915) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D2920	Gắn kết lại hoặc dán lại mão răng	Không	Một trong số (D2920) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D2940	Phục hồi bảo vệ	Không	Một trong số (D2940) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D2950	Xây dựng cùi răng, bao gồm bất kỳ chân nào khi cần thiết	Không	Một trong số (D2950, D2952, D2954) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng. Từ chối khi được tính phí bằng phương pháp phục hình bằng nhựa hoặc amalgam.
D2951	Giữ chốt — theo từng răng, ngoài việc phục hồi	Không	Một trong số (D2951) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng. Khi được sử dụng để phục hồi bằng nhựa hoặc amalgam. Từ chối D2951 vì có trong D2950, D2952, D2954 nếu được thanh toán riêng.
D2952	Đúc trụ và cùi răng ngoài mão răng	Không	Một trong số (D2950, D2952, D2954) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng. Từ chối khi được tính phí bằng phương pháp phục hình bằng nhựa hoặc amalgam.
D2953	Mỗi trụ đúc bổ sung — cùng một răng	Không	Một trong số (D2953) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D2954	Trụ và cùi răng đúc sẵn ngoài mão răng	Không	Một trong số (D2950, D2952, D2954) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng. Từ chối khi được tính phí bằng phương pháp phục hình bằng nhựa hoặc amalgam.
D2980	Sửa mão răng, theo báo cáo	Không	Một trong số (D2980) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.

Mã CDT	Mô tả	Yêu cầu sự cho phép trước	Giới hạn
D2990	Thẩm thấu nhựa vào các tổn thương bề mặt nhẵn mới hình thành	Không	Một trong số (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394, D2990) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân, mỗi răng, mỗi bề mặt.
D2999	Thủ thuật phục hình không xác định, theo báo cáo	Không	
Dịch vụ nội nha			
D3220	Phẫu thuật cắt tủy điều trị (trừ phục hình cuối cùng) - loại bỏ tủy từ thân răng đến đường nối ngà răng và bôi thuốc	Không	Một trong số (D3220, D3221) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D3221	Nạo tủy, răng sữa và răng vĩnh viễn	Không	
D3310	Điều trị nội nha, răng cửa (trừ phục hình cuối cùng)	Không	Một trong số (D3310) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D3320	Điều trị nội nha, răng tiền hàm (trừ phục hình cuối cùng)	Không	Một trong số (D3320) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D3330	Điều trị nội nha, răng hàm (trừ phục hình cuối cùng)	Không	Một trong số (D3330) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D3331	Điều trị tắc nghẽn ống tủy; tiếp cận không phẫu thuật	Không	1 (D3331) cho mỗi răng mỗi năm dương lịch
D3346	Điều trị lại liệu pháp rút tủy trước đó - răng cửa	Không	Một trong số (D3346) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D3347	Điều trị lại liệu pháp rút tủy trước đó — răng tiền hàm	Không	Một trong số (D3347) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D3348	Điều trị lại liệu pháp rút tủy trước đó - răng hàm	Không	Một trong số (D3348) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D3410	Cắt chóp chân răng — răng cửa	Không	Một trong số (D3410) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D3421	Cắt chóp răng - răng tiền hàm (chân răng đầu tiên)	Không	Một trong số (D3421) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D3425	Cắt chóp răng - răng hàm (chân răng đầu tiên)	Không	Một trong số (D3425) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.

Mã CDT	Mô tả	Yêu cầu sự cho phép trước	Giới hạn
D3426	Cắt chóp chân răng (mỗi chân răng bổ sung)	Không	Một trong số (D3426) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D3430	Trám răng ngược dòng — theo chân răng	Không	Một trong số (D3430) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D3999	Thủ thuật nội nha không xác định, theo báo cáo	Không	
Dịch vụ nha chu			
D4210	Phẫu thuật cắt nướu hoặc tạo hình nướu — bốn hoặc nhiều răng liền kề hoặc khoảng cách giới hạn răng trên mỗi góc phần tư	Không	Một trong số (D4210, D4211) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân trên mỗi góc phần tư.
D4211	Phẫu thuật cắt nướu hoặc tạo hình nướu — một đến ba răng liền kề hoặc khoảng cách giới hạn răng trên mỗi góc phần tư	Không	
D4240	Quy trình vật nướu, bao gồm bảo gốc răng — bốn hoặc nhiều răng liền kề hoặc khoảng cách giới hạn răng trên mỗi góc phần tư	Không	Một trong số (D4240, D4241) một lần cho mỗi góc phần tư vào mỗi ngày dịch vụ, cho mỗi bệnh nhân.
D4241	Quy trình vật nướu, bao gồm bảo gốc răng — một đến ba răng liền kề hoặc khoảng cách giới hạn răng trên mỗi góc phần tư	Không	
D4249	Kéo dài thân răng lâm sàng — mô cứng	Không	Một trong số (D4249) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D4260	Phẫu thuật xương (bao gồm nâng vật toàn bộ độ dày và đóng lại) — bốn hoặc nhiều răng liền kề hoặc khoảng cách giới hạn răng trên mỗi góc phần tư	Không	Một trong số (D4260, D4261) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân trên mỗi góc phần tư.
D4261	Phẫu thuật xương (bao gồm nâng vật toàn bộ độ dày và đóng lại) — một đến ba răng liền kề hoặc khoảng cách giới hạn răng trên mỗi góc phần tư	Không	
D4341	Cạo vôi răng và bảo gốc răng — bốn hoặc nhiều răng hơn trên mỗi góc phần tư	Không	Một trong số (D4341, D4342) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân trên mỗi góc phần tư.
D4342	Cạo vôi răng và bảo gốc răng — một đến ba răng cho mỗi góc phần tư	Không	
D4346	Cạo vôi răng khi có tình trạng viêm nướu răng vừa hoặc nặng lan rộng — toàn bộ miệng, sau khi đánh giá răng miệng	Không	Hai trong số (D1110, D4346, D4910) trong 1 năm dương lịch cho mỗi bệnh nhân.

Mã CDT	Mô tả	Yêu cầu sự cho phép trước	Giới hạn
D4355	Làm sạch toàn bộ khoang miệng để có thể đánh giá và chẩn đoán toàn diện về răng miệng trong lần khám tiếp theo	Không	Một trong số (D4355) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D4910	Thủ thuật bảo trì nha chu	Không	Hai trong số (D1110, D4346, D4910) trong 1 năm dương lịch cho mỗi bệnh nhân.
D4999	Thủ thuật nha chu không xác định, theo báo cáo	Không	
Dịch vụ chỉnh nha cố thể tháo			
D5110	Răng giả toàn hàm, hàm trên	Không	Một trong số (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5120	Răng giả toàn hàm, hàm dưới	Không	Một trong số (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5130	Răng giả tức thời, hàm trên	Không	Một trong số (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5140	Răng giả tức thời, hàm dưới	Không	Một trong số (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5211	Răng giả một phần hàm trên — đế nhựa (bao gồm vật liệu giữ/kẹp, giá đỡ và răng)	Không	Một trong số (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5212	Răng giả một phần hàm dưới — đế nhựa (bao gồm vật liệu giữ/kẹp, giá đỡ và răng)	Không	Một trong số (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5213	Răng giả một phần hàm trên — khung kim loại đúc với đế răng giả bằng nhựa (bao gồm vật liệu giữ/kẹp, giá đỡ và răng)	Không	Một trong số (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.

Mã CDT	Mô tả	Yêu cầu sự cho phép trước	Giới hạn
D5214	Răng giả một phần hàm dưới — khung kim loại đúc với đế răng giả bằng nhựa (bao gồm vật liệu giữ/kẹp, giá đỡ và răng)	Không	Một trong số (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5221	Răng giả một phần hàm trên tức thời — đế nhựa (bao gồm bất kỳ móc cài, giá đỡ và răng thông thường nào)	Không	Một trong số (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5222	Răng giả một phần hàm dưới tức thời — đế nhựa (bao gồm bất kỳ móc cài, giá đỡ và răng thông thường nào)	Không	Một trong số (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5223	Răng giả một phần hàm trên ngay lập tức — khung kim loại đúc với đế răng giả bằng nhựa (bao gồm bất kỳ móc cài, giá đỡ và răng thông thường nào)	Không	Một trong số (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5224	Răng giả một phần hàm dưới tức thời — khung kim loại đúc với đế răng giả bằng nhựa (bao gồm bất kỳ móc cài, giá đỡ và răng thông thường nào)	Không	Một trong số (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5225	Răng giả một phần hàm trên — đế mềm	Không	Một trong số (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5226	Răng giả một phần hàm dưới — đế mềm	Không	Một trong số (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5227	Răng giả một phần hàm trên tức thời — đế mềm	Không	Một trong số (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5228	Răng giả một phần hàm dưới tức thời — đế mềm	Không	Một trong số (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.

Mã CDT	Mô tả	Yêu cầu sự cho phép trước	Giới hạn
D5410	Điều chỉnh hàm giả hoàn chỉnh — hàm trên	Không	Hai trong số (D5410) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân trên mỗi cung.
D5411	Điều chỉnh hàm giả hoàn chỉnh — hàm dưới	Không	Hai trong số (D5411) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân trên mỗi cung.
D5421	Điều chỉnh hàm giả một phần — hàm trên	Không	Hai trong số (D5421) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân trên mỗi cung.
D5422	Điều chỉnh hàm giả một phần — hàm dưới	Không	Hai trong số (D5422) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân trên mỗi cung.
D5511	Sửa chữa phần đế răng giả hoàn chỉnh bị gãy — hàm dưới	Không	Một trong số (D5511) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D5512	Sửa chữa phần đế răng giả hoàn chỉnh bị gãy — hàm trên	Không	Một trong số (D5512) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D5520	Thay thế răng bị mất hoặc gãy — hàm răng giả hoàn chỉnh	Không	Một trong số (D5520) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D5611	Sửa chữa phần đế răng giả bằng nhựa — hàm dưới	Không	Một trong số (D5611) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D5612	Sửa chữa phần đế răng giả bằng nhựa — hàm trên	Không	Một trong số (D5612) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D5621	Sửa chữa khuôn đúc một phần — hàm dưới	Không	Một trong số (D5621) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D5622	Sửa chữa khuôn đúc một phần — hàm trên	Không	Một trong số (D5622) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D5630	Sửa chữa hoặc thay thế vật liệu giữ cố định bị hỏng, theo từng răng	Không	Một trong số (D5630) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D5640	Thay thế răng bị gãy — theo từng răng	Không	Một trong số (D5640) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D5650	Thêm răng vào hàm giả hiện có	Không	Một trong số (D5650) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D5660	Thêm móc vào hàm giả một phần hiện có, theo từng răng	Không	Một trong số (D5660) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.

Mã CDT	Mô tả	Yêu cầu sự cho phép trước	Giới hạn
D5710	Đặt lại nền hàm răng giả toàn bộ hàm trên	Không	Một trong số (D5710, D5730, D5750) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5711	Đặt lại nền hàm răng giả toàn bộ hàm dưới	Không	Một trong số (D5711, D5731, D5751) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5720	Đặt lại nền hàm răng giả bán phần hàm trên	Không	Một trong số (D5720, D5740, D5760) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5721	Đặt lại nền hàm răng giả bán phần hàm dưới	Không	Một trong số (D5721, D5741, D5761) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5725	Đệm hàm của chân răng giả lai	Không	Một trong số D5725 mỗi vòm mỗi ngày
D5730	Đệm hàm hàm giả hoàn chỉnh hàm trên, trực tiếp	Không	Một trong số (D5710, D5730, D5750) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5731	Đệm hàm hàm giả hoàn chỉnh hàm dưới, trực tiếp	Không	Một trong số (D5711, D5731, D5751) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5740	Đệm hàm hàm giả một phần hàm trên, trực tiếp	Không	Một trong số (D5720, D5740, D5760) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5741	Đệm hàm hàm giả một phần hàm dưới, trực tiếp	Không	Một trong số (D5721, D5741, D5761) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5750	Đệm hàm hàm giả hoàn chỉnh hàm trên, gián tiếp	Không	Một trong số (D5710, D5730, D5750) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5751	Đệm hàm hàm giả hoàn chỉnh hàm dưới, gián tiếp	Không	Một trong số (D5711, D5731, D5751) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5760	Đệm hàm hàm giả một phần hàm trên (phòng thí nghiệm)	Không	Một trong số (D5720, D5740, D5760) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5761	Đệm hàm hàm giả một phần hàm dưới (phòng thí nghiệm)	Không	Một trong số (D5721, D5741, D5761) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5765	Lớp lót mềm cho hàm giả hoàn chỉnh hoặc một phần (gián tiếp)	Không	Một trong số D5765 mỗi cung mỗi ngày
D5850	Điều hòa mô, hàm trên	Không	Chỉ được phép sử dụng kết hợp với chế tạo răng giả mới. Một lần cho mỗi răng, mỗi ngày điều trị cho mỗi bệnh nhân.

Mã CDT	Mô tả	Yêu cầu sự cho phép trước	Giới hạn
D5851	Răng giả hoàn chỉnh tạm thời, hàm trên	Không	Chỉ được phép sử dụng kết hợp với chế tạo răng giả mới. Một lần cho mỗi răng, mỗi ngày điều trị cho mỗi bệnh nhân.
D5863	Răng giả hoàn chỉnh tạm thời, hàm dưới	Không	Một trong số (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5864	Răng giả một phần tạm thời, hàm trên	Không	
D5865	Hàm phủ trên implant – hàm dưới hoàn chỉnh	Không	Một trong số (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D5866	Hàm phủ trên implant — hàm dưới một phần	Không	
D5876	Thêm cấu trúc kim loại vào hàm giả toàn phần bằng acrylic (trên mỗi cung hàm)	Không	Chỉ được phép vào cùng ngày phục vụ với D5110, D5120, D5130, D5140.
D5899	Thủ thuật phục hình răng tháo lắp không xác định, theo báo cáo	Không	
Chỉnh hình hàm mặt			
D5999	Chỉnh hình hàm mặt không xác định, theo báo cáo	Không	
Dịch vụ phục hình răng cố định			
D6205	Cầu răng — vật liệu composite gốc nhựa gián tiếp	Không	Một trong số (D6205, D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251, D6252) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D6210	Cầu răng — kim loại quý cao đúc	Không	
D6211	Cầu răng — kim loại đúc	Không	Một trong số (D6205, D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251, D6252) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D6212	Cầu răng — kim loại quý đúc	Không	
D6214	Cầu răng — titan và hợp kim titan	Không	Một trong số (D6205, D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251, D6252) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D6240	Cầu răng — bọc sứ cao cấp	Không	
D6241	Cầu răng — kim loại cơ bản bọc sứ	Không	Một trong số (D6205, D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251, D6252) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D6242	Cầu răng — kim loại quý bọc sứ	Không	
D6243	Cầu răng — titan và hợp kim titan bọc sứ	Không	Một trong số (D6205, D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251, D6252) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D6245	Phục hình răng cố định, cầu răng — sứ/gốm	Không	
D6250	Cầu răng — nhựa có kim loại quý cao	Không	Một trong số (D6205, D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251, D6252) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D6251	Cầu răng — nhựa với kim loại cơ bản	Không	
D6252	Cầu răng — nhựa có kim loại quý	Không	

Mã CDT	Mô tả	Yêu cầu sự cho phép trước	Giới hạn
D6545	Giá đỡ — kim loại đúc cố định	Không	Một trong số (D6545, D6548, D6549, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614, D6615, D6624, D6634, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6780, D6781, D6782, D6784, D6790, D6791, D6792, D6793, D6794) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D6548	Phục hình răng cố định, hàm giữ — sứ/gốm cho phục hình răng cố định liên kết bằng nhựa	Không	
D6549	Giá đỡ bằng nhựa — Dừng cho răng giả cố định liên kết bằng nhựa	Không	
D6602	Trám inlay — kim loại quý cao đúc, hai bề mặt	Không	
D6603	Trám inlay — kim loại quý cao đúc, ba bề mặt trở lên	Không	
D6604	Trám inlay — kim loại cơ bản chủ yếu đúc, hai bề mặt	Không	
D6605	Trám inlay — kim loại cơ bản chủ yếu đúc, ba bề mặt trở lên	Không	
D6606	Trám inlay — kim loại quý đúc, hai bề mặt	Không	
D6607	Trám inlay — kim loại quý đúc, ba bề mặt trở lên	Không	
D6608	Trám onlay — sứ/gốm, hai bề mặt	Không	
D6609	Trám onlay — sứ/gốm, ba bề mặt trở lên	Không	
D6610	Trám onlay — kim loại quý cao đúc, hai bề mặt	Không	
D6611	Trám onlay — kim loại quý cao đúc, ba bề mặt trở lên	Không	
D6612	Trám onlay — kim loại cơ bản chủ yếu đúc, hai bề mặt	Không	
D6613	Trám onlay — kim loại cơ bản chủ yếu đúc, ba bề mặt trở lên	Không	
D6614	Trám onlay — kim loại quý đúc, hai bề mặt	Không	

Mã CDT	Mô tả	Yêu cầu sự cho phép trước	Giới hạn
D6615	Trám onlay — kim loại quý đúc, ba bề mặt trở lên	Không	Một trong số (D6545, D6548, D6549, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614, D6615, D6624, D6634, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6780, D6781, D6782, D6784, D6790, D6791, D6792, D6793, D6794) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D6624	Trám inlay — titan	Không	
D6634	Trám inlay — titan	Không	
D6710	Mão răng — composite gốc nhựa gián tiếp	Không	
D6720	Mão răng — nhựa có kim loại quý cao	Không	
D6721	Mão răng — nhựa với kim loại cơ bản	Không	
D6722	Mão răng — nhựa có kim loại quý	Không	
D6740	Mão giữ răng - sứ/gốm	Không	
D6750	Mão răng - kim loại quý cao bọc sứ	Không	
D6751	Mão răng - kim loại cơ bản bọc sứ	Không	
D6752	Mão răng sứ - sứ nung chảy trên kim loại quý	Không	
D6753	Mão giữ răng — titan và hợp kim titan bọc sứ	Không	
D6780	Mão răng — ¾ đúc bằng kim loại quý	Không	
D6781	Phục hình răng cố định, mão răng ¾ kim loại cơ bản chủ yếu đúc	Không	
D6782	Phục hình răng cố định, mão răng ¾ kim loại quý đúc	Không	
D6784	Mão giữ răng ¾ — titan và hợp kim titan	Không	
D6790	Mão răng — đúc toàn bộ cao cấp	Không	
D6791	Mão răng — kim loại cơ bản đúc toàn bộ	Không	
D6792	Mão răng — kim loại quý đúc nguyên khối	Không	
D6793	Mão giữ răng tạm thời	Không	
D6794	Mão giữ răng — titan và hợp kim titan	Không	
D6930	Gắn kết lại hoặc dán lại răng giả cố định một phần	Không	Một trong số (D6930) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D6980	Sửa chữa răng giả cố định một phần	Không	Một trong số (D6980) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D6999	Thủ thuật phục hình răng cố định	Không	
Dịch vụ Răng hàm mặt			
D7140	Nhổ răng, răng đã mọc hoặc chân răng bị lộ (nâng cao và/hoặc nhổ bằng kẹp)	Không	Một trong số (D7140) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D7210	Phẫu thuật cắt bỏ răng đã mọc đòi hỏi phải loại bỏ xương và/hoặc cắt răng, và bao gồm cả việc nâng vạt niêm mạc xương nếu có chỉ định	Không	Một trong số (D7210) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.

Mã CDT	Mô tả	Yêu cầu sự cho phép trước	Giới hạn
D7220	Nhổ răng bị ảnh hưởng — mô mềm	Không	Một trong số (D7220) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D7230	Nhổ răng bị ảnh hưởng — một phần xương	Không	Một trong số (D7230) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D7240	Nhổ bỏ răng bị ảnh hưởng — toàn bộ xương	Không	Một trong số (D7240) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D7241	Nhổ răng bị ảnh hưởng — toàn bộ xương, có biến chứng phẫu thuật bất thường	Không	Một trong số (D7241) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D7250	Phẫu thuật cắt bỏ phần chân răng còn sót lại (thủ thuật cắt)	Không	Một trong số (D7250) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D7251	Phẫu thuật cắt chóp răng - nhổ một phần răng có chủ đích được thực hiện khi có khả năng xảy ra biến chứng thần kinh mạch máu nếu nhổ toàn bộ răng bị ảnh hưởng.	Không	Một trong số (D7251) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D7260	Đóng lỗ rò miệng-họng	Không	Hai trong số (D7260) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân trên mỗi cung.
D7261	Đóng lỗ thủng xoang chính	Không	Ba trong số (D7261) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân trên mỗi cung.
D7285	Sinh thiết rạch mô miệng — cứng (xương, răng)	Không	
D7286	Sinh thiết rạch mô miệng — mềm	Không	
D7310	Phẫu thuật tạo hình ổ răng kết hợp với nhổ răng — bốn hoặc nhiều răng hoặc khoảng cách răng, mỗi góc phần tư	Không	Một trong số (D7310, D7311) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân trên mỗi góc phần tư.
D7311	Phẫu thuật tạo hình ổ răng kết hợp với nhổ răng — một đến ba răng hoặc khoảng cách răng, mỗi góc phần tư	Không	Một trong số (D7310, D7311) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân trên mỗi góc phần tư.
D7320	Phẫu thuật tạo hình ổ răng không kết hợp với nhổ răng — bốn hoặc nhiều răng hoặc khoảng cách răng, mỗi góc phần tư	Không	Một trong số (D7320, D7321) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân trên mỗi góc phần tư.
D7321	Phẫu thuật tạo hình ổ răng không kết hợp với nhổ răng — một đến ba răng hoặc khoảng cách răng, mỗi góc phần tư	Không	
D7340	Phẫu thuật tiền đình - mở rộng xương sống (biểu mô hóa thứ cấp)	Không	Một trong số (D7340) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân trên mỗi cung.

Mã CDT	Mô tả	Yêu cầu sự cho phép trước	Giới hạn
D7350	Phẫu thuật tiền đình – mở rộng xương sống	Không	Một trong số (D7350) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân trên mỗi cung.
D7410	Cắt bỏ triệt để — đường kính tổn thương lên tới 1.25cm	Không	
D7411	Cắt bỏ tổn thương lành tính lớn hơn 1.25cm	Không	
D7440	Cắt bỏ khối u ác tính — đường kính tổn thương lên đến 1.25cm	Không	
D7441	Cắt bỏ khối u ác tính — đường kính tổn thương lớn hơn 1.25cm	Không	
D7450	Loại bỏ u nang hoặc khối u răng — đường kính tổn thương lên đến 1.25cm	Không	
D7451	Cắt bỏ u nang hoặc khối u răng — tổn thương lớn hơn 1.25cm	Không	
D7460	Loại bỏ u nang hoặc khối u không phải do răng — đường kính tổn thương lên đến 1.25cm	Không	
D7461	Loại bỏ u nang hoặc khối u không phải do răng — tổn thương lớn hơn 1.25cm	Không	
D7471	Loại bỏ chồi xương — theo từng vị trí	Không	Hai trong số (D7471) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân trên mỗi cung.
D7472	Loại bỏ lõi xương hàm trên	Không	Một trong số (D7472) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D7473	Loại bỏ lõi xương hàm dưới	Không	Hai trong số (D7473) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D7485	Phẫu thuật giảm u xương	Không	Hai trong số (D7485) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D7510	Rạch và dẫn lưu ổ áp xe — mô mềm trong miệng	Không	Không được phép kết hợp với dịch vụ nhổ răng trong cùng ngày.
D7520	Rạch và dẫn lưu ổ áp xe — mô mềm ngoài miệng	Không	
D7521	Rạch và dẫn lưu áp xe — mô mềm ngoài miệng — phức tạp (bao gồm dẫn lưu nhiều khoang cân)	Không	
D7961	Cắt dây thừng má/môi (cắt bỏ hăm)	Không	Một trong số (D7961, D7962, D7963) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân trên mỗi cung hàm.
D7962	Cắt thừng lưỡi (cắt bỏ hăm)	Không	
D7963	Phẫu thuật cắt dây hăm lưỡi gà	Không	
D7970	Cắt bỏ mô tăng sản — theo cung	Không	Một trong số (D7970) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.

Mã CDT	Mô tả	Yêu cầu sự cho phép trước	Giới hạn
D7971	Cắt bỏ nướu quanh thân răng	Không	Một trong số (D7971) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân cho mỗi răng.
D7999	Thủ thuật phẫu thuật miệng không xác định, theo báo cáo	Không	
Dịch vụ tổng hợp phụ trợ			
D9110	Điều trị giảm nhẹ (cấp cứu) cơn đau răng — thủ thuật nhỏ	Không	Không được phép mang theo bất cứ thứ gì ngoài D0140 và phim x-quang.
D9215	Gây tê tại chỗ kết hợp với các thủ thuật phẫu thuật hoặc giải phẫu	Không	
D9219	Đánh giá để gây mê vừa phải, gây mê sâu hoặc gây mê toàn thân	Không	
D9222	Gây mê sâu/gây mê toàn thân trong 15 phút đầu tiên	Không	Một trong số (D9222) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân. Không được phép với (D9239, D9243) trong cùng một ngày.
D9223	Gây mê sâu/gây mê toàn thân — mỗi lần tăng thêm 15 phút	Không	Ba trong số (D9223) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân. Không được phép với (D9239, D9243) trong cùng một ngày.
D9230	Hít khí nitơ oxit/giảm đau, an thần nhẹ	Không	Một trong số (D9230) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân. Không được phép với (D9222, D9223, D9239, D9243, D9248) trong cùng một ngày.
D9239	Tiêm tĩnh mạch thuốc an thần/giảm đau vừa phải (có ý thức) — 15 phút đầu tiên	Không	Một trong số (D9239) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân. Không được phép với (D9222, D9223) trong cùng một ngày.
D9243	Tiêm tĩnh mạch thuốc an thần/giảm đau vừa phải (có ý thức) — mỗi lần tăng thêm 15 phút	Không	Ba trong số (D9243) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân. Không được phép với (D9222, D9223) trong cùng một ngày.
D9248	An thần vừa phải (có ý thức) không tiêm tĩnh mạch	Không	Một trong số (D9248) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân. Không được phép với (D9222, D9223, D9230, D9239, D9243) trong cùng một ngày.
D9310	Tư vấn — dịch vụ chẩn đoán do nha sĩ hoặc bác sĩ cung cấp ngoài nha sĩ hoặc bác sĩ yêu cầu	Không	Một trong số (D9310) cho mỗi 1 ngày cho mỗi Nhà cung cấp HOẶC Địa điểm. Không được phép với (D0120, D0140, D0150, D0160, D0170, D0180) bởi cùng một nhà cung cấp hoặc địa điểm.

Mã CDT	Mô tả	Yêu cầu sự cho phép trước	Giới hạn
D9410	Gọi đến nhà/cơ sở chăm sóc mở rộng	Không	Một trong số (D9410) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D9420	Gọi đến bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật ngoại trú	Không	Một trong số (D9420) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D9430	Đến phòng khám để theo dõi — không thực hiện bất kỳ dịch vụ nào khác	Không	
D9910	Áp dụng thuốc giảm nhạy cảm	Không	Một trong số (D1206, D1208, D9910) trong 1 năm dương lịch cho mỗi bệnh nhân.
D9930	Điều trị biến chứng (hậu phẫu) — những trường hợp bất thường, theo báo cáo	Không	Một trong số (D9930) cho mỗi 1 ngày cho mỗi bệnh nhân. Không được sử dụng cho mục đích chăm sóc hậu phẫu thông thường hoặc điều trị ổ răng khô.
D9950	Phân tích khớp cắn — đã gắn	Không	Một trong số (D9950, D9952) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D9951	Điều chỉnh khớp cắn — giới hạn	Không	Một trong số (D9951) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D9952	Điều chỉnh khớp cắn — hoàn chỉnh	Không	Một trong số (D9950, D9952) trong 1 ngày cho mỗi bệnh nhân.
D9995	Nha khoa từ xa — đồng bộ; gặp gỡ thời gian thực	Không	Một trong số (D9995, D9996) cho mỗi 1 ngày cho mỗi Nhà cung cấp HOẶC Địa điểm. Không thể được thanh toán như mã độc lập. D9995 hoặc D9996 phải được thanh toán bằng mã khám bệnh.
D9996	Nha khoa từ xa — không đồng bộ; thông tin được lưu trữ và chuyển tiếp đến nha sĩ để xem xét sau	Không	
D9999	Thủ thuật bổ sung không xác định, theo báo cáo	Không	

PHẦN 3 Những dịch vụ nào không được chương trình chi trả?

Phần 3.1 Dịch vụ không được chương trình chi trả

Mục này sẽ cho quý vị biết những dịch vụ nào được Medicare loại trừ.

Bảng dưới đây mô tả những dịch vụ và hạng mục mà không được chương trình bảo hiểm ở mọi điều kiện hoặc được bảo hiểm ở những điều kiện nhất định.

Nếu quý vị nhận được các dịch vụ bị loại trừ (không được bảo hiểm), quý vị phải tự thanh toán cho các dịch vụ đó ngoại trừ trong các điều kiện cụ thể được liệt kê bên dưới. Ngay cả khi quý vị nhận các dịch vụ bị loại trừ tại một cơ sở cấp cứu, thì các dịch vụ bị loại trừ đó vẫn không được bảo hiểm và chương trình của chúng tôi sẽ không thanh toán cho các dịch vụ đó. Ngoại lệ duy nhất là nếu dịch vụ được kháng cáo và quyết định: khi kháng cáo là dịch vụ y tế mà lẽ ra chúng tôi phải thanh toán hoặc đài thọ do hoàn cảnh cụ thể của quý vị. (Để biết thêm thông tin về kháng cáo một quyết định chúng tôi đã đưa ra về việc không bảo hiểm một loại dịch vụ y tế, xem Chương 9, Phần 6.3 trong tài liệu này.)

Mọi loại trừ hoặc giới hạn về dịch vụ đều được mô tả trong Bảng Quyền lợi Y tế hoặc bảng bên dưới.

Các dịch vụ không được Medicare bảo hiểm	Không được bảo hiểm dưới bất kỳ điều kiện nào	Chỉ được bảo hiểm dưới những điều kiện cụ thể
Châm cứu		Có sẵn cho những người bị đau thắt lưng mạn tính trong những trường hợp nhất định.
Thủ thuật hoặc phẫu thuật thẩm mỹ		<ul style="list-style-type: none"> Được bảo hiểm trong trường hợp chấn thương bất ngờ hoặc cho việc cải thiện chức năng của hội viên có cơ thể dị hình. Được bảo hiểm cho tất cả các giai đoạn tái tạo vú sau phẫu thuật cắt bỏ vú, cũng như cho bên vú không bị ảnh hưởng nhằm tạo nên hình thức cân đối.
Chăm sóc giám hộ Chăm sóc giám hộ là chăm sóc cá nhân không yêu cầu chăm sóc liên tục bởi nhân viên y tế hoặc trợ y đã qua đào tạo, chẳng hạn như chăm sóc giúp quý vị các sinh hoạt hàng ngày như tắm rửa hay thay quần áo.	Không được bảo hiểm dưới bất kỳ điều kiện nào.	
Thuốc, dụng cụ và thủ thuật phẫu thuật và y tế thử nghiệm. Các thủ tục và hạng mục thử nghiệm là những hạng mục và thủ tục được Original Medicare xác định là nhìn chung không được cộng đồng y tế chấp nhận.		Có thể được bảo hiểm bởi Original Medicare theo nghiên cứu khổ sát lâm sàng được Medicare phê duyệt hoặc bởi chương trình của chúng tôi. (Vui lòng xem Chương 3, Phần 5 để biết thêm thông tin về nghiên cứu lâm sàng.)

Các dịch vụ không được Medicare bảo hiểm	Không được bảo hiểm dưới bất kỳ điều kiện nào	Chỉ được bảo hiểm dưới những điều kiện cụ thể
Các khoản phí trả cho việc chăm sóc của họ hàng thân thiết hoặc các thành viên trong gia đình quý vị	Không được bảo hiểm dưới bất kỳ điều kiện nào.	
Dịch vụ chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà quý vị.	Không được bảo hiểm dưới bất kỳ điều kiện nào.	
Bữa ăn giao tận nhà		Chương trình của chúng tôi cung cấp một số bảo hiểm cho các bữa ăn giao tận nhà như được mô tả trong <i>Biểu đồ quyền lợi y tế</i> .
Các dịch vụ nội trợ bao gồm hỗ trợ cơ bản trong gia đình, chẳng hạn như dọn dẹp nhà cửa nhẹ nhàng hoặc chuẩn bị bữa ăn nhẹ	Không được bảo hiểm dưới bất kỳ điều kiện nào.	
Các dịch vụ liệu pháp tự nhiên (sử dụng các biện pháp điều trị tự nhiên hoặc thay thế)	Không được bảo hiểm dưới bất kỳ điều kiện nào.	
Chăm sóc răng miệng không thường xuyên		Chăm sóc nha khoa nhằm điều trị bệnh hoặc vết thương có thể được bảo hiểm như là chăm sóc nội trú hoặc ngoại trú.
Giày chỉnh hình hoặc các thiết bị hỗ trợ cho bàn chân		Giày là một phần của nẹp chân và được bao gồm trong chi phí của nẹp. Giày điều trị hoặc chỉnh hình cho những người có bệnh về chân do tiểu đường.
Các vật dụng cá nhân trong phòng bệnh của quý vị ở bệnh viện hoặc một cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chẳng hạn như điện thoại hoặc tivi.	Không được bảo hiểm dưới bất kỳ điều kiện nào.	
Phòng riêng trong bệnh viện		Chỉ được bảo hiểm khi cần thiết về mặt y tế.
Đảo ngược các thủ tục triệt sản và/hoặc cung cấp thuốc tránh thai không kê toa	Không được bảo hiểm dưới bất kỳ điều kiện nào.	

Các dịch vụ không được Medicare bảo hiểm	Không được bảo hiểm dưới bất kỳ điều kiện nào	Chỉ được bảo hiểm dưới những điều kiện cụ thể
Chăm sóc chỉnh nha định kỳ		Nắn bóp cột sống bằng tay để điều chỉnh trật khớp sẽ được bảo hiểm.
Chăm sóc nha khoa định kỳ, chẳng hạn như làm sạch, trám răng hoặc làm răng giả		Chương trình của chúng tôi cung cấp một số phạm vi bảo hiểm cho các dịch vụ nha khoa như được mô tả trong <i>Biểu đồ quyền lợi y tế</i> .
Khám mắt định kỳ, kính mắt, cắt giác mạc xuyên tâm, phẫu thuật LASIK và các thiết bị hỗ trợ thị lực kém khác		<p>Khám mắt và một cặp kính mắt (hoặc kính áp tròng) được bảo hiểm cho người sau phẫu thuật đục thủy tinh thể.</p> <p>Khám mắt định kỳ: Chương trình của chúng tôi cung cấp một số bảo hiểm cho các kỳ kiểm tra mắt thường xuyên như được mô tả trong <i>Biểu đồ quyền lợi y tế</i>.</p> <p>Thiết bị đeo mắt: Chương trình của chúng tôi cung cấp một số bảo hiểm cho kính mắt như được mô tả trong <i>Biểu đồ quyền lợi y tế</i>.</p>
Chăm sóc bàn chân định kỳ		Chương trình của chúng tôi cung cấp một số phạm vi bảo hiểm cho việc chăm sóc bàn chân thường xuyên như được mô tả trong <i>Biểu đồ quyền lợi y tế</i> .

Các dịch vụ không được Medicare bảo hiểm	Không được bảo hiểm dưới bất kỳ điều kiện nào	Chỉ được bảo hiểm dưới những điều kiện cụ thể
<p>Khám thính lực định kỳ, máy trợ thính, hoặc kiểm tra độ vừa vặn của máy trợ thính</p>		<p>Khám thính giác định kỳ: Chương trình của chúng tôi cung cấp một số bảo hiểm cho các kỳ kiểm tra thính giác thường xuyên như được mô tả trong <i>Biểu đồ quyền lợi y tế</i>.</p> <p>Đánh giá và lắp máy trợ thính: Chương trình của chúng tôi cung cấp một số bảo hiểm cho việc lắp máy trợ thính và đánh giá như được mô tả trong <i>Biểu đồ quyền lợi y tế</i>.</p> <p>Máy trợ thính: Chương trình của chúng tôi cung cấp một số bảo hiểm cho máy trợ thính như được mô tả trong <i>Biểu đồ quyền lợi y tế</i>.</p>
<p>Các dịch vụ được coi là không hợp lý và cần thiết, theo tiêu chuẩn của Original Medicare</p>	<p>Không được bảo hiểm dưới bất kỳ điều kiện nào.</p>	

Chương 5

*Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho thuốc
theo toa Phần D*

Quý vị có thể nhận được thông tin về chi phí thuốc của mình bằng cách nào?

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Medicaid, quý vị đủ tiêu chuẩn và đang được “Trợ cấp Đặc biệt” từ Medicare để thanh toán cho chi phí chương trình thuốc theo toa của quý vị. Vì quý vị đang tham gia chương trình “Trợ cấp Đặc biệt”, **một số thông tin trong Chứng từ Bảo hiểm này về chi phí thuốc theo toa Phần D có thể không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị một tờ in rời riêng biệt, được gọi là *Điều khoản bổ sung của Chứng từ bảo hiểm cho những người nhận được “Trợ cấp Đặc biệt” khi thanh toán thuốc theo toa* (còn được gọi là *Điều khoản bổ sung về Trợ cấp thu nhập thấp* hoặc *Điều khoản bổ sung LIS*), cho quý vị biết về phạm vi bảo hiểm thuốc của quý vị. Nếu quý vị không có tờ in rời này, vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên và yêu cầu *Điều khoản bổ sung LIS*. (Số điện thoại của Dịch vụ Hội viên được in ở bìa sau của tài liệu này.)

PHẦN 1 Giới thiệu

Chương này **giải thích các quy tắc sử dụng phạm vi bảo hiểm thuốc Phần D của quý vị.** Xin vui lòng xem Chương 4 về quyền lợi thuốc theo Medicare Phần B và quyền lợi thuốc dành cho bệnh nhân giai đoạn cuối.

Ngoài các loại thuốc được Medicare đài thọ, một số loại thuốc theo toa cũng được đài thọ cho quý vị theo quyền lợi Medicaid của quý vị. Vui lòng liên hệ với cơ quan Medicaid của tiểu bang được liệt kê trong **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này để biết thông tin về các loại thuốc được bảo hiểm Medicaid chi trả.

Phần 1.1 Các quy tắc cơ bản cho phạm vi bảo hiểm thuốc Phần D của chương trình

Chương trình thường bảo hiểm thuốc cho quý vị miễn là quý vị tuân theo các nguyên tắc cơ bản này:

- Quý vị phải có một nhà cung cấp (bác sĩ, nha sĩ hoặc người kê toa khác) ra toa thuốc cho quý vị, toa thuốc này phải có hiệu lực theo luật tiểu bang hiện hành.
- Người kê đơn của quý vị không được nằm trong Danh sách Loại trừ của Medicare.
- Nói chung quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc của chương trình. (Xem Phần 2 trong chương này.) Hoặc quý vị có thể mua thuốc theo toa thông qua dịch vụ đặt hàng qua thư của chương trình.
- Thuốc của quý vị phải có trong *Danh mục thuốc được bao trả (Danh mục thuốc)* của chương trình (chúng tôi gọi tắt là “Danh sách thuốc”). (Xem Phần 3 trong chương này.)
- Thuốc của quý vị phải được dùng cho các chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Chỉ dẫn được chấp nhận về mặt y tế là việc dùng thuốc được chấp nhận bởi Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ hoặc được hỗ trợ bởi một số sách tham khảo nhất định. (Xem Phần 3 trong chương này để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa.)
- Thuốc của quý vị có thể cần được chấp thuận trước khi chúng tôi chi trả. (Xem Phần 4 trong chương này để biết thêm thông tin về những hạn chế trong phạm vi bảo hiểm của quý vị.)

PHẦN 2 Mua thuốc theo toa của quý vị tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc thông qua dịch vụ đặt hàng qua thư của chương trình

Phần 2.1 Sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới

Trong hầu hết các trường hợp, toa thuốc của quý vị được bảo hiểm *chỉ* khi chúng được mua tại các nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình. (Xem Phần 2.5 để biết thêm thông tin về thời điểm chúng tôi sẽ chi trả cho các toa thuốc được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới.)

Nhà thuốc trong mạng lưới là nhà thuốc ký hợp đồng với chương trình để cung cấp thuốc theo toa được bảo hiểm của quý vị. Thuật ngữ thuốc được bảo hiểm có nghĩa là tất cả các loại thuốc theo toa Phần D có trong “Danh sách thuốc” của chương trình.

Phần 2.2 Nhà thuốc trong mạng lưới

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

Để tìm một nhà thuốc trong mạng lưới, quý vị có thể tìm trong *Danh mục Nhà cung cấp & Nhà thuốc*, hãy truy cập trang web của chúng tôi ([AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetnabetterhealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider)), và/hoặc gọi đến Dịch vụ Hội viên.

Quý vị có thể đến bất kỳ nhà thuốc trong mạng lưới nào của chúng tôi.

Nếu nhà thuốc mà quý vị đang sử dụng rút khỏi mạng lưới thì sẽ thế nào?

Nếu nhà thuốc quý vị đang sử dụng rút khỏi mạng lưới của chương trình, quý vị sẽ phải tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới. Để tìm một nhà thuốc trong mạng lưới khác trong khu vực của quý vị, quý vị có thể nhận trợ giúp từ Dịch vụ hội viên hoặc sử dụng *Danh mục Nhà cung cấp & Nhà thuốc*. Quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin trên trang web của chúng tôi tại [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetnabetterhealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider).

Nếu quý vị cần một nhà thuốc chuyên khoa thì sẽ thế nào?

Một số đơn thuốc phải được mua tại nhà thuốc chuyên khoa. Các hiệu thuốc đặc hiệu bao gồm:

- Nhà thuốc cung cấp thuốc cho liệu pháp truyền thuốc tại nhà.
- Nhà thuốc cung cấp thuốc cho người sống tại cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC). Thông thường, một cơ sở LTC (chẳng hạn như viện dưỡng lão) có hiệu thuốc riêng. Nếu quý vị gặp khó khăn khi tiếp cận các quyền lợi Phần D tại cơ sở LTC, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Hội viên.
- Các nhà thuốc phục vụ Chương trình Dịch vụ Y tế dành cho Người da đỏ/Bộ lạc/Người da đỏ thành thị (không có ở Puerto Rico). Ngoại trừ trường hợp khẩn cấp, chỉ người Mỹ và người Alaska bản địa mới có quyền tiếp cận với các nhà thuốc này trong mạng lưới của chúng tôi.
- Nhà thuốc phân phối các loại thuốc bị giới hạn bởi FDA cho một số địa phương nhất định, hoặc các loại thuốc yêu cầu xử lý đặc biệt, sự phối hợp với nhà cung cấp, hoặc giáo dục về việc sử dụng chúng. Để tìm một nhà thuốc đặc hiệu, hãy tìm trong *Danh mục Nhà cung cấp & Nhà thuốc* ([AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetnabetterhealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider)) hoặc gọi đến Dịch vụ Hội viên.

Phần 2.3 Sử dụng dịch vụ đặt hàng qua thư của chương trình

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt hàng qua thư trong mạng lưới của chương trình. Nhìn chung, các loại thuốc được cung cấp qua đặt hàng qua thư là những loại thuốc mà quý vị dùng thường xuyên để điều trị tình trạng bệnh mạn tính hoặc dài hạn. Những loại thuốc này được đánh dấu là “MO” trong Danh sách thuốc của chúng tôi.

Dịch vụ đặt hàng qua thư của chúng tôi cho phép quý vị đặt hàng **lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 100 ngày**.

Để nhận mẫu đơn đặt hàng và thông tin về việc mua toa thuốc qua thư, hãy truy cập trang web của chúng tôi <https://www.aetnabetterhealth.com/virginia-hmosnp/members/hmo-snp/rxdrugs> hoặc liên hệ với Dịch vụ Hội viên. Lưu ý: quý vị phải có phương thức thanh toán trong hồ sơ.

Thông thường, đơn đặt hàng thuốc qua thư sẽ được giao đến quý vị trong vòng không quá 10 ngày. Nếu nhà thuốc đặt hàng qua thư cho rằng đơn hàng sẽ bị chậm trễ, họ sẽ thông báo cho quý vị về sự chậm trễ này. Nếu quý vị cần yêu cầu đơn hàng gấp do đơn hàng qua thư bị chậm trễ, quý vị có thể liên hệ với Dịch vụ Hội viên để thảo luận về các lựa chọn có thể bao gồm việc nhận thuốc tại nhà thuốc bán lẻ địa phương hoặc đẩy nhanh phương thức vận chuyển. Cung cấp cho người đại diện số ID và (các) số đơn thuốc của quý vị. Nếu quý vị muốn nhận thuốc vào ngày thứ hai hoặc ngày hôm sau, quý vị có thể yêu cầu nhân viên đại diện Dịch vụ Hội viên giao hàng với một khoản phí bổ sung.

Đơn thuốc mới nhà thuốc nhận trực tiếp từ văn phòng bác sĩ của quý vị.

Nhà thuốc sẽ tự động bán và cung cấp các đơn thuốc mới mà họ nhận được từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, mà không kiểm tra với quý vị trước, nếu một trong hai điều sau:

- Trước đây quý vị đã sử dụng các dịch vụ đặt hàng qua bưu điện với chương trình này, hoặc
- Quý vị đăng ký giao tự động tất cả các đơn thuốc mới đã nhận được trực tiếp từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể yêu cầu tự động gửi tất cả các đơn thuốc mới ngay bây giờ hoặc bất cứ lúc nào bằng cách tiếp tục yêu cầu bác sĩ gửi đơn thuốc của quý vị cho chúng tôi. Không cần yêu cầu đặc biệt. Hoặc quý vị có thể liên hệ với Dịch vụ Hội viên để bắt đầu lại việc giao hàng tự động nếu trước đó quý vị đã dừng việc giao hàng tự động.

Nếu trước đây quý vị đã sử dụng đơn đặt mua qua bưu điện và không muốn nhà thuốc tự động bán và gửi từng đơn thuốc mới, vui lòng liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi Dịch vụ Khách hàng.

Nếu quý vị chưa từng sử dụng dịch vụ giao hàng qua đường bưu điện của chúng tôi và/hoặc quyết định dừng mua toa thuốc mới tự động, nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị mỗi lần nhận được toa thuốc mới từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xem quý vị có muốn mua thuốc và vận chuyển ngay lập tức không. Điều quan trọng là quý vị phải trả lời mỗi khi nhà thuốc liên hệ với quý vị để cho họ biết liệu có giao hàng, trì hoãn hoặc hủy đơn thuốc mới hay không.

Mua thuốc theo đơn đặt qua bưu điện. Để mua thêm thuốc, quý vị có thể lựa chọn đăng ký chương trình mua thêm thuốc tự động. Theo chương trình này, chúng tôi sẽ bắt đầu tự động tiếp tục cung cấp thuốc cho quý vị khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị sắp hết thuốc. Nhà thuốc sẽ liên lạc với quý vị trước mỗi lần chuyển số thuốc mua tiếp để xem quý vị có cần thêm thuốc hay không, và quý vị có thể hủy lần mua theo lịch nếu quý vị còn đủ thuốc hoặc nếu quý vị đã được cho đổi thuốc.

Nếu quý vị chọn không sử dụng chương trình tự động mua lại thuốc của chúng tôi nhưng vẫn muốn nhà thuốc đặt hàng qua thư gửi toa thuốc cho quý vị, vui lòng liên hệ với nhà thuốc 15 ngày trước khi toa thuốc hiện tại của quý vị hết hạn. Điều này sẽ đảm bảo đơn đặt hàng của quý vị được chuyển đến quý vị kịp thời.

Để từ chối chương trình tự động chuẩn bị đơn hàng mua lại thuốc qua thư của chúng tôi, vui lòng đăng nhập vào tài khoản [Caremark.com](https://www.caremark.com) của quý vị hoặc liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi đến Dịch vụ Hội viên.

Phần 2.4 Làm thế nào để có được nguồn cung cấp thuốc dài hạn?

Chương trình cung cấp hai cách để nhận được nguồn cung cấp thuốc duy trì dài hạn (còn gọi là nguồn cung cấp mở rộng) trong Danh sách thuốc của chương trình. (Thuốc duy trì là loại thuốc quý vị dùng thường xuyên để điều trị tình trạng bệnh mạn tính hoặc dài hạn.)

1. Một số nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới của chúng tôi cho phép quý vị nhận được nguồn cung cấp thuốc duy trì dài hạn. *Danh mục Nhà cung cấp & Nhà thuốc* của quý vị [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/find-provider) cho quý vị biết nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị nguồn thuốc duy trì dài hạn. Quý vị cũng có thể gọi Dịch vụ Hội viên để biết thêm thông tin.
2. Quý vị cũng có thể nhận được thuốc duy trì thông qua chương trình đặt hàng qua thư của chúng tôi. Vui lòng xem Phần 2.3 để biết thêm thông tin.

Phần 2.5	Khi nào quý vị có thể sử dụng nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình?
----------	---

Đơn thuốc của quý vị có thể được bảo hiểm trong một số trường hợp nhất định

Nói chung, chúng tôi chi trả cho các loại thuốc được mua tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới *chỉ* khi quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới. Để giúp quý vị, chúng tôi có các nhà thuốc trong mạng lưới bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi, nơi quý vị có thể mua thuốc theo toa với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi. **Vui lòng kiểm tra trước với Dịch vụ hội viên** để xem có nhà thuốc nào trong mạng lưới gần đó không. Quý vị có thể phải trả phần chênh lệch giữa số tiền quý vị trả cho loại thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và chi phí mà chúng tôi sẽ chi trả tại nhà thuốc trong mạng lưới.

Đây là các trường hợp khi chúng tôi chi trả cho các đơn thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới:

- Đơn thuốc dùng cho trường hợp cấp cứu y tế hoặc chăm sóc khẩn cấp.
- Quý vị không thể nhận được loại thuốc được bảo hiểm khi cần vì không có nhà thuốc nào trong mạng lưới mở cửa 24 giờ trong khoảng cách lái xe hợp lý.
- Toa thuốc này dành cho loại thuốc đã hết hàng tại các nhà thuốc bán lẻ hoặc nhà thuốc đặt hàng qua thư trong mạng lưới (bao gồm cả thuốc đắt tiền và thuốc đặc biệt).
- Nếu quý vị được sơ tán hoặc được đưa khỏi nhà theo cách khác do thảm họa Liên bang hoặc trường hợp ban bố khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng khác.

Nếu quý vị cần đến nhà thuốc ngoài mạng lưới vì bất kỳ lý do nào được liệt kê ở trên, chương trình sẽ chi trả lượng thuốc đủ dùng trong 10 ngày.

Làm thế nào để quý vị yêu cầu hoàn trả từ chương trình?

Nếu quý vị phải sử dụng một nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị thường sẽ phải trả toàn bộ chi phí tại thời điểm quý vị mua thuốc theo toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị. (Chương 7, Phần 2 giải thích việc làm thế nào để yêu cầu chương trình hoàn trả cho quý vị.)

PHẦN 3 Thuốc của quý vị cần phải có trong Danh sách thuốc của chương trình

Phần 3.1	Danh sách thuốc cho biết loại thuốc nào thuộc Phần D được bảo hiểm
----------	--

Chương trình có một *Danh sách thuốc được bảo hiểm (Danh mục thuốc)*. Trong *Chứng từ bảo hiểm* này, **chúng tôi gọi tắt là Danh sách thuốc**.

Các loại thuốc trong danh sách này được chương trình lựa chọn với sự giúp đỡ của đội ngũ bác sĩ và dược sĩ. Danh sách này đáp ứng các yêu cầu của Medicare và đã được Medicare chấp thuận.

Danh sách thuốc bao gồm các loại thuốc được Medicare Phần D chi trả. Ngoài các loại thuốc được Medicare chi trả, một số loại thuốc theo toa cũng được bảo hiểm chi trả theo quyền lợi Medicaid của quý vị. Vui lòng liên hệ với cơ quan Medicaid của tiểu bang được liệt kê trong **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này để biết thông tin về các loại thuốc được bảo hiểm Medicaid chi trả.

Chúng tôi thường sẽ chi trả cho một loại thuốc có trong Danh sách thuốc của chương trình miễn là quý vị tuân thủ các quy tắc bảo hiểm khác được giải thích trong chương này và loại thuốc đó được sử dụng cho chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa. Một chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa là việc sử dụng thuốc đó *hoặc*:

- Được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm chấp thuận để chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng bệnh mà thuốc được kê toa, hoặc
- Được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo, chẳng hạn như Thông tin thuốc của Dịch vụ công thức thuốc của Bệnh viện Hoa Kỳ và Hệ thống thông tin DRUGDEX của Micromedex.

Danh mục thuốc bao gồm thuốc chính hiệu, thuốc gốc và các sản phẩm sinh học (có thể bao gồm thuốc sinh học tương tự).

Thuốc chính hiệu là thuốc theo toa được bán dưới tên đã đăng ký nhãn hiệu thuộc sở hữu của nhà sản xuất thuốc. Sản phẩm sinh học là loại thuốc phức tạp hơn so với thuốc thông thường. Trong Danh mục thuốc, khi chúng ta nhắc đến thuốc, điều này có thể có nghĩa là thuốc hoặc sản phẩm sinh học.

Thuốc bào chế cùng chủng loại là thuốc theo toa có thành phần hoạt tính giống với thuốc chính hiệu. Các sản phẩm sinh học có các sản phẩm thay thế được gọi là sản phẩm sinh học tương tự. Nhìn chung, thuốc gốc và thuốc sinh học tương tự có tác dụng tương đương với thuốc chính hiệu hoặc sản phẩm sinh học gốc và thường có giá thành thấp hơn. Có nhiều loại thuốc gốc thay thế cho nhiều loại thuốc chính hiệu và các loại thuốc sinh học tương tự cho một số sản phẩm sinh học gốc. Một số thuốc sinh học tương tự có thể thay thế cho nhau và tùy thuộc vào luật của tiểu bang, có thể thay thế cho sản phẩm sinh học ban đầu tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới, giống như thuốc gốc có thể thay thế cho thuốc chính hiệu.

Xem Chương 12 để biết định nghĩa về các loại thuốc có thể có trong Danh mục thuốc.

Những gì *không* có trong Danh sách thuốc?

Chương trình không bảo hiểm tất cả thuốc theo toa.

- Trong một số trường hợp, luật pháp không cho phép bất kỳ chương trình Medicare nào chi trả cho một số loại thuốc nhất định. (Để biết thêm thông tin về vấn đề này, hãy xem Phần 7.1 trong chương này).
- Trong những trường hợp khác, chúng tôi quyết định không đưa vào một loại thuốc cụ thể trong Danh sách Thuốc. Trong một số trường hợp, quý vị có thể nhận được một loại thuốc không có trong danh sách thuốc. (Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 9.)

Phần 3.2	Làm thế nào để biết được một loại thuốc cụ thể có nằm trong Danh sách thuốc hay không?
----------	--

Quý vị có bốn cách để tìm hiểu:

1. Kiểm tra Danh sách Thuốc gần đây nhất mà chúng tôi đã cung cấp qua phương thức điện tử.
2. Truy cập trang web của chương trình ([AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/better-health/virginia-hmosnp/formulary)). Danh sách Thuốc trên trang web luôn là danh sách mới nhất.
3. Gọi Ban Dịch vụ Hội viên để biết một thuốc đặc biệt có thuộc Danh sách Thuốc của chương trình hay không hoặc để yêu cầu một bản sao của danh sách.
4. Sử dụng “Công cụ quyền lợi thời gian thực” của chương trình trên cổng thông tin hội viên [Caremark.com](https://www.caremark.com). Với công cụ này, quý vị có thể tìm kiếm thuốc trong Danh sách thuốc để xem ước tính số tiền quý vị phải trả và xem có loại thuốc thay thế nào trong Danh sách thuốc có thể điều trị cùng tình trạng bệnh hay không.

PHẦN 4 Có những hạn chế về phạm vi bảo hiểm cho một số loại thuốc**Phần 4.1 Tại sao một số loại thuốc lại có hạn chế?**

Đối với một số thuốc theo toa nhất định, các quy tắc đặc biệt hạn chế cách thức và thời điểm chương trình bảo hiểm chúng. Một nhóm các bác sĩ và dược sĩ đã xây dựng các quy tắc này để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng thuốc theo cách hiệu quả nhất. Để biết có bất kỳ hạn chế nào trong số những hạn chế này áp dụng cho loại thuốc quý vị sử dụng hoặc muốn sử dụng hay không, kiểm tra Danh sách Thuốc. Nếu một loại thuốc an toàn, chi phí thấp có hiệu quả y tế tốt như một loại thuốc chi phí cao hơn, thì các quy tắc của chương trình được thiết kế để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng loại có chi phí thấp hơn đó.

Xin lưu ý rằng đôi khi một loại thuốc có thể xuất hiện nhiều lần trong Danh sách thuốc của chúng tôi. Lý do là các loại thuốc giống nhau có thể khác nhau tùy theo hàm lượng, số lượng hoặc dạng thuốc do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị kê đơn và các hạn chế hoặc chia sẻ chi phí khác nhau có thể áp dụng cho các phiên bản thuốc khác nhau (ví dụ: 10 mg so với 100 mg); một viên mỗi ngày so với hai viên mỗi ngày; viên nén so với dạng lỏng).

Phần 4.2 Có những loại hạn chế nào?

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

Nếu có hạn chế cho thuốc của quý vị, điều đó thường có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ phải thực hiện thêm các bước để chúng tôi bảo hiểm thuốc. Liên hệ với Dịch vụ Hội viên để tìm hiểu những gì quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ cần làm để nhận được bảo hiểm cho loại thuốc đó. Nếu quý vị muốn chúng tôi bỏ hạn chế cho quý vị, quý vị sẽ cần sử dụng quá trình quyết định bảo hiểm và yêu cầu chúng tôi tạo ra ngoại lệ. Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý bỏ hạn chế cho quý vị. (Xem Chương 9.)

Xin chương trình chấp thuận trước

Đối với một số thuốc nhất định, quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cần nhận được sự phê duyệt từ chương trình trước khi chúng tôi đồng ý bảo hiểm thuốc cho quý vị. Việc này được gọi là **cho phép trước**. Đây là yêu cầu để đảm bảo an toàn thuốc và giúp hướng dẫn sử dụng hợp lý một số loại thuốc. Nếu quý vị không nhận được sự phê duyệt này, thuốc của quý vị có thể không được chương trình bảo hiểm.

Thử dùng một loại thuốc khác trước đã

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

Giới hạn về số lượng

Đối với một số loại thuốc, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể nhận được mỗi khi mua thuốc theo toa. Ví dụ như, nếu chỉ sử dụng một viên mỗi ngày đối với một loại thuốc nhất định thông thường được cho là an toàn, chúng tôi có thể giới hạn bảo hiểm cho đơn thuốc của quý vị thành không hơn một viên mỗi ngày.

PHẦN 5 Phải làm sao nếu một trong những loại thuốc của quý vị không được bảo hiểm chi trả theo cách quý vị mong muốn?

Phần 5.1 Có những điều quý vị có thể làm nếu thuốc của quý vị không được bảo hiểm theo cách quý vị muốn

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

- Thuốc có thể hoàn toàn không được bảo hiểm. Hoặc có thể một phiên bản thuốc gốc được bảo hiểm nhưng phiên bản chính hiệu quý vị muốn sử dụng không được bảo hiểm.
- Thuốc được bảo hiểm, nhưng có những quy định hoặc hạn chế bổ sung về phạm vi bảo hiểm cho loại thuốc đó, như đã giải thích trong Phần 4.
- Có một số điều quý vị có thể làm nếu thuốc của quý vị không được bảo hiểm theo cách quý vị muốn nó được bảo hiểm. **Nếu thuốc của quý vị không có trong Danh sách thuốc hoặc nếu thuốc của quý vị bị hạn chế, hãy tham khảo Phần 5.2 để biết những gì quý vị có thể làm.**

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

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

- Quý vị có thể nhận được lượng thuốc tạm thời.
- Quý vị có thể đổi sang một loại thuốc khác.
- Quý vị có thể yêu cầu một **ngoại lệ** và yêu cầu công ty bảo hiểm chi trả cho loại thuốc đó hoặc gỡ bỏ các hạn chế đối với loại thuốc đó.

Quý vị có thể nhận nguồn cung cấp tạm thời

Trong một số trường hợp, chương trình phải cung cấp lượng thuốc tạm thời mà quý vị đang dùng. Nguồn cung cấp tạm thời này giúp quý vị có thời gian trao đổi với nhà cung cấp về sự thay đổi.

Để hội đủ điều kiện nhận nguồn cung cấp tạm thời, loại thuốc quý vị đã dùng **không còn nằm trong Danh sách thuốc của chương trình nữa HOẶC hiện nay bị hạn chế theo một cách nào đó.**

- **Nếu quý vị là hội viên mới**, chúng tôi sẽ chi trả cho nguồn thuốc tạm thời của quý vị trong **90 ngày** đầu tiên của tư cách hội viên của quý vị trong chương trình.
- **Nếu quý vị đã tham gia chương trình vào năm ngoái**, chúng tôi sẽ chi trả cho nguồn thuốc tạm thời của quý vị trong **90 ngày** đầu tiên của năm dương lịch.
- Nguồn cung cấp tạm thời này có thể kéo dài tối đa 30 ngày. Nếu toa thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép quý vị mua nhiều lần để cung cấp đủ lượng thuốc dùng trong tối đa 30 ngày. Đơn thuốc phải được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới. (Xin lưu ý rằng nhà thuốc của cơ sở chăm sóc lâu dài có thể cung cấp thuốc với số lượng nhỏ hơn trong một lần để tránh lãng phí.)
- **Đối với những hội viên đã tham gia chương trình trong hơn 90 ngày và cư trú tại cơ sở chăm sóc dài hạn và cần nguồn cung cấp ngay lập tức:** Chúng tôi sẽ chi trả một lượng thuốc khẩn cấp đủ dùng trong 31 ngày cho một loại thuốc cụ thể hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn. Đây là phần bổ sung cho lượng thuốc tạm thời ở trên.

- Nếu quý vị có sự thay đổi về môi trường chăm sóc của mình (chẳng hạn như được xuất viện hoặc gia nhập cơ sở chăm sóc dài hạn), bác sĩ hoặc nhà thuốc của quý vị có thể yêu cầu ghi đề một lần lên đơn thuốc. Việc thay thế một lần này sẽ cung cấp cho quý vị nguồn cung cấp tạm thời (ít nhất là 30 ngày) cho (các) loại thuốc áp dụng.

Nếu có thắc mắc về lượng thuốc tạm thời, hãy gọi Dịch vụ Hội viên.

Trong thời gian quý vị đang sử dụng lượng thuốc tạm thời, quý vị nên trao đổi với nhà cung cấp của mình để quyết định phải làm gì khi hết lượng thuốc tạm thời của mình. Quý vị có hai lựa chọn:

1. Quý vị có thể đổi sang một loại thuốc khác

Nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị về việc liệu có một loại thuốc khác được chương trình bảo hiểm có thể phù hợp với quý vị hay không. Quý vị có thể gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên để xin danh sách thuốc được bảo hiểm trị cùng loại bệnh đó. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp tìm được loại thuốc được bảo hiểm có thể phù hợp với quý vị.

2. Quý vị có thể yêu cầu một ngoại lệ

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chương trình đưa ra một ngoại lệ và bao trả thuốc theo cách mà quý vị muốn nó được bao trả. Nếu nhà cung cấp của quý vị nói rằng quý vị có lý do y tế giải thích cho việc yêu cầu chúng tôi cấp một ngoại lệ, thì nhà cung cấp của quý vị có thể giúp quý vị yêu cầu một ngoại lệ. Ví dụ, quý vị có thể yêu cầu chương trình bảo hiểm thuốc cho dù thuốc đó không có trong Danh sách Thuốc của chương trình. Hoặc quý vị có thể yêu cầu chương trình tạo ra ngoại lệ và bảo hiểm thuốc không hạn chế.

Nếu quý vị đang là hội viên và một loại thuốc quý vị đang dùng sẽ bị xóa khỏi danh mục thuốc hoặc bị hạn chế theo một cách nào đó trong năm tới, chúng tôi sẽ cho quý vị biết về bất kỳ thay đổi nào trước năm mới. Quý vị có thể yêu cầu ngoại lệ trước năm sau và chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị (hoặc tuyên bố hỗ trợ của người kê toa cho quý vị). Nếu chúng tôi đồng ý với yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cho phép bảo hiểm trước khi thay đổi có hiệu lực.

Nếu quý vị và nhà cung cấp của quý vị muốn yêu cầu ngoại lệ, Chương 9, Phần 7.4 sẽ hướng dẫn quý vị cách thực hiện. Phần này giải thích thủ tục và thời hạn đã được thiết lập bởi Medicare để bảo đảm yêu cầu của quý vị được xử lý kịp thời và công bằng.

PHẦN 6 Nếu phạm vi bảo hiểm cho một trong những loại thuốc của quý vị thay đổi thì sao?

Phần 6.1	Danh sách thuốc có thể thay đổi trong năm
----------	---

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

- **Thêm hoặc loại bỏ thuốc khỏi Danh sách thuốc.**
- **Thêm hoặc xóa hạn chế bảo hiểm cho một loại thuốc.**
- **Thay thế thuốc chính hiệu bằng phiên bản gốc của thuốc.**
- **Thay thế một sinh phẩm nguyên gốc bằng một phiên bản thuốc sinh học tương tự thay thế của sinh phẩm.**

Chúng tôi phải tuân theo yêu cầu của Medicare trước khi chúng tôi thay đổi Danh sách Thuốc của chương trình.

Xem Chương 12 để biết định nghĩa về các loại thuốc được thảo luận trong chương này.

Phần 6.2	Điều gì sẽ xảy ra nếu phạm vi bảo hiểm thay đổi đối với loại thuốc quý vị đang dùng?
----------	--

Thông tin về các thay đổi về bảo hiểm thuốc

Khi có những thay đổi đối với Danh sách Thuốc, chúng tôi sẽ đăng thông tin trên trang web của chúng tôi về những thay đổi đó. Chúng tôi cũng thường xuyên cập nhật Danh sách thuốc trực tuyến. Phần này mô tả các loại thay đổi mà chúng tôi có thể thực hiện đối với Danh sách thuốc và thời điểm quý vị sẽ nhận được thông báo trực tiếp nếu có thay đổi đối với loại thuốc quý vị đang dùng.

Những thay đổi mà chúng tôi có thể thực hiện đối với Danh sách thuốc ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình hiện tại

- **Thêm thuốc mới vào Danh sách thuốc và ngay lập tức loại bỏ hoặc thay đổi một loại thuốc tương tự trong Danh sách thuốc.**
 - Khi thêm phiên bản mới của một loại thuốc vào Danh sách thuốc, chúng tôi có thể ngay lập tức xóa một loại thuốc tương tự khỏi Danh sách thuốc, chuyển loại thuốc tương tự sang một bậc chia sẻ chi phí khác, thêm các hạn chế mới hoặc cả hai. Phiên bản thuốc mới sẽ có cùng hoặc ít hạn chế hơn.
 - Chúng tôi sẽ chỉ thực hiện những thay đổi ngay lập tức này nếu chúng tôi thêm phiên bản thuốc gốc mới của thuốc chính hiệu hoặc thêm một số phiên bản thuốc sinh học tương tự mới của sản phẩm sinh học gốc đã có trong Danh sách thuốc.
 - Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi này ngay lập tức và thông báo cho quý vị sau, ngay cả khi quý vị đang dùng loại thuốc mà chúng tôi đang loại bỏ hoặc thay đổi. Nếu quý vị đang dùng loại thuốc tương tự tại thời điểm chúng tôi thực hiện thay đổi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về bất kỳ thay đổi cụ thể nào mà chúng tôi đã thực hiện.
- **Thêm thuốc vào Danh sách thuốc và loại bỏ hoặc thay đổi thuốc tương tự trong Danh sách thuốc với thông báo trước.**
 - Khi thêm phiên bản khác của một loại thuốc vào Danh sách thuốc, chúng tôi có thể xóa một loại thuốc tương tự khỏi Danh sách thuốc, chuyển sang bậc chia sẻ chi phí khác, thêm các hạn chế mới hoặc cả hai. Phiên bản thuốc mà chúng tôi thêm vào sẽ có cùng hoặc ít hạn chế hơn.
 - Chúng tôi sẽ chỉ thực hiện những thay đổi này nếu chúng tôi thêm phiên bản thuốc gốc mới của thuốc chính hiệu hoặc thêm một số phiên bản thuốc sinh học tương tự mới của sản phẩm sinh học gốc đã có trong Danh sách thuốc.
 - Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện những thay đổi này hoặc thông báo cho quý vị về thay đổi và bao gồm thêm 30 ngày uống hết số thuốc quý vị đang dùng.
- **Thực hiện những thay đổi khác đối với thuốc trong Danh sách thuốc**
 - Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác sau khi năm bắt đầu ảnh hưởng đến các loại thuốc quý vị đang dùng. Ví dụ, dựa trên mục cảnh báo của FDA hoặc hướng dẫn lâm sàng mới được Medicare công nhận.
 - Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện những thay đổi này hoặc thông báo cho quý vị về thay đổi và bao gồm thêm 30 ngày uống hết số thuốc quý vị đang dùng.

Nếu chúng tôi thực hiện bất kỳ thay đổi nào đối với bất kỳ loại thuốc nào quý vị đang dùng, hãy trao đổi với người kê toa về các lựa chọn phù hợp nhất với quý vị, bao gồm đổi sang loại thuốc khác để điều trị tình trạng bệnh của quý vị hoặc yêu cầu quyết định bảo hiểm để đáp ứng bất kỳ hạn chế mới nào đối với loại thuốc quý vị đang dùng. Quý vị hoặc người kê toa có thể yêu cầu chúng tôi cho phép ngoại lệ để tiếp tục chi trả cho loại thuốc hoặc phiên bản thuốc mà quý vị đang dùng. Để biết thêm thông tin về cách yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm cả trường hợp ngoại lệ, hãy xem Chương 9.

Thay đổi Danh sách thuốc không ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình hiện tại

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

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

- Chúng tôi đưa ra một hạn chế mới đối với việc sử dụng thuốc của quý vị.
- Chúng tôi xóa thuốc của quý vị khỏi Danh sách Thuốc.

Nếu bất kỳ thay đổi nào trong số này xảy ra với loại thuốc quý vị đang dùng (trừ trường hợp thuốc bị rút khỏi thị trường, thuốc gốc thay thế thuốc chính hiệu hoặc những thay đổi khác được ghi chú trong các phần trên), thì thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng thuốc của quý vị hoặc số tiền quý vị phải trả cho đến ngày 1 tháng 1 của năm tiếp theo.

Chúng tôi sẽ không thông báo trực tiếp cho quý vị về những loại thay đổi này trong năm chương trình hiện tại. Quý vị sẽ cần kiểm tra Danh sách thuốc cho năm chương trình tiếp theo (khi danh sách này có sẵn trong giai đoạn ghi danh mở) để xem liệu có bất kỳ thay đổi nào đối với các loại thuốc quý vị đang sử dụng mà sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình tiếp theo hay không.

PHẦN 7 Những loại thuốc nào *không* được chương trình bao trả?

Phần 7.1 Các loại thuốc chúng tôi không bảo hiểm

Phần này cho quý vị biết các loại thuốc theo toa nào bị **loại trừ**. Điều này có nghĩa là Medicare không trả tiền cho các loại thuốc này.

Nếu quý vị kháng cáo và loại thuốc yêu cầu được xác định là không bị loại trừ theo Phần D, chúng tôi sẽ thanh toán hoặc đài thọ cho loại thuốc đó. (Để biết thông tin về kháng cáo quyết định, hãy xem Chương 9.) Nếu thuốc bị chương trình loại trừ cũng bị Medicaid loại trừ, thì quý vị phải tự thanh toán cho nó.

Sau đây là ba quy tắc chung về thuốc mà các chương trình thuốc Medicare sẽ không chi trả theo Phần D:

- Phạm vi bảo hiểm thuốc Phần D của chương trình của chúng tôi không thể chi trả cho loại thuốc được Medicare Phần A hoặc Phần B chi trả.
- Chương trình của chúng tôi không thể đài thọ cho loại thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.
- Chương trình của chúng tôi không thể bảo hiểm cho việc sử dụng thuốc *ngoài nhãn hiệu* khi việc sử dụng đó không được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông tin thuốc của Dịch vụ công thức thuốc của Bệnh viện Hoa Kỳ và Hệ thống thông tin DRUGDEX của Micromedex. Sử dụng *ngoài nhãn hiệu* là bất kỳ cách sử dụng thuốc nào khác với những cách sử dụng được ghi trên nhãn thuốc theo sự chấp thuận của Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm.

Ngoài ra, theo luật, các loại thuốc được liệt kê dưới đây không được Medicare đài thọ. Tuy nhiên, một số thuốc này có thể được bảo hiểm theo bảo hiểm thuốc Medicaid của quý vị. Vui lòng liên hệ với cơ quan Medicaid của tiểu bang được liệt kê trong **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này để biết thông tin về các loại thuốc được bảo hiểm Medicaid chi trả.

- Thuốc không theo đơn (còn gọi là các thuốc không cần kê đơn)
- Thuốc được sử dụng để thúc đẩy khả năng sinh sản
- Thuốc dùng để giảm ho hoặc các triệu chứng cảm lạnh
- Thuốc được sử dụng cho mục đích thẩm mỹ hoặc để thúc đẩy sự phát triển của tóc
- Các sản phẩm khoáng chất hoặc các vitamin theo đơn, ngoại trừ các vitamin dùng khi mang thai và các chế phẩm florua
- Thuốc dùng để điều trị rối loạn chức năng tình dục hoặc cương dương
- Thuốc dùng để điều trị chán ăn, giảm cân hoặc tăng cân
- Các thuốc điều trị ngoại trú mà các nhà sản xuất yêu cầu các xét nghiệm hoặc các dịch vụ giám sát đi kèm phải được mua độc quyền từ các nhà sản xuất như là một điều kiện bán hàng

Nếu quý vị đang nhận “Trợ cấp Bổ sung” để thanh toán cho đơn thuốc của mình, chương trình “Trợ cấp Bổ sung” sẽ không thanh toán cho các loại thuốc thường không được bao trả. Tuy nhiên, nếu quý vị có bảo hiểm thuốc thông qua Medicaid, chương trình Medicaid của tiểu bang quý vị có thể bao trả cho một số loại thuốc theo toa thường không được bao trả trong chương trình thuốc Medicare. Vui lòng liên hệ với chương trình Medicaid của tiểu bang để xác định loại bảo hiểm thuốc nào có thể được cung cấp cho quý vị. (Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên lạc của Medicaid trong **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này.)

PHẦN 8 **Mua thuốc**

Phần 8.1 **Cung cấp thông tin hội viên của quý vị**

Để mua thuốc theo toa, hãy cung cấp thông tin hội viên chương trình của quý vị, có thể tìm thấy thông tin này trên thẻ hội viên của quý vị, tại nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị chọn. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ tự động gửi hóa đơn cho chương trình cho thuốc của quý vị.

Phần 8.2 **Nếu quý vị không mang theo thông tin hội viên thì sao?**

Nếu quý vị không mang theo thông tin về tư cách hội viên chương trình khi mua thuốc theo toa, quý vị hoặc nhà thuốc có thể gọi cho chương trình để lấy thông tin cần thiết, hoặc quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc tra thông tin ghi danh tham gia chương trình của quý vị.

Nếu nhà thuốc không thể có được thông tin cần thiết, **quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho toa thuốc khi quý vị nhận thuốc.** (Sau đó quý vị có thể **yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị.** Xem Chương 7, Phần 2 để biết thông tin về cách yêu cầu hoàn tiền.)

PHẦN 9 Bảo hiểm thuốc Phần D trong những trường hợp đặc biệt

Phần 9.1 Nếu quý vị nằm viện hoặc ở cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong thời gian được bảo hiểm chi trả thì sao?

Nếu quý vị nhập viện hoặc một cơ sở điều dưỡng chuyên môn cho một đợt lưu trú được chương trình bảo hiểm, thông thường chúng tôi sẽ bao trả chi phí các loại thuốc theo toa của quý vị trong suốt thời gian quý vị lưu trú. Sau khi quý vị rời bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chương trình sẽ đài thọ cho các loại thuốc theo toa của quý vị với điều kiện là các loại thuốc đó đáp ứng tất cả các quy tắc của chúng tôi về việc đài thọ được mô tả trong Chương này.

Phần 9.2 Còn nếu quý vị là cư dân tại cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) thì sao?

Thông thường, cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) (chẳng hạn như viện dưỡng lão) có nhà thuốc riêng hoặc sử dụng nhà thuốc cung cấp thuốc cho tất cả cư dân của cơ sở đó. Nếu quý vị là cư dân của cơ sở LTC, quý vị có thể nhận thuốc theo toa thông qua nhà thuốc của cơ sở đó hoặc nhà thuốc mà cơ sở đó sử dụng, miễn là nhà thuốc đó nằm trong mạng lưới của chúng tôi.

Kiểm tra *Danh mục Nhà cung cấp & Nhà thuốc* của quý vị [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/find-provider) để tìm hiểu xem nhà thuốc tại cơ sở LTC của quý vị hoặc nhà thuốc mà cơ sở sử dụng có nằm trong mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không, hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin hoặc hỗ trợ, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Hội viên. Nếu quý vị lưu trú tại một cơ sở LTC, chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị có thể thường xuyên nhận được quyền lợi Phần D của mình thông qua mạng lưới các nhà thuốc LTC của chúng tôi.

Nếu quý vị là cư dân tại cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) và cần một loại thuốc không có trong Danh sách thuốc của chúng tôi hoặc bị hạn chế theo một cách nào đó thì sao?

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

Phần 9.3 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị ở cơ sở chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận?

Cơ sở chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không bao trả cho cùng một loại thuốc vào cùng một thời điểm. Nếu quý vị đã ghi danh vào cơ sở chăm sóc cuối đời của Medicare và cần một số loại thuốc (ví dụ: thuốc chống buồn nôn, thuốc nhuận tràng, thuốc giảm đau hoặc thuốc chống lo âu) không được cơ sở chăm sóc cuối đời của quý vị đài thọ vì thuốc này không liên quan đến bệnh giai đoạn cuối của quý vị và các tình trạng liên quan, thì chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo từ người kê đơn hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị rằng loại thuốc đó không liên quan trước khi chương trình của chúng tôi có thể đài thọ cho loại thuốc đó. Để tránh chậm trễ trong việc nhận các loại thuốc này mà nên được chương trình của chúng tôi bao trả, hãy yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc người kê đơn của quý vị cung cấp thông báo trước khi toa thuốc của quý vị được mua lại.

Trong trường hợp quý vị hủy bỏ lựa chọn chăm sóc cuối đời của mình hoặc rời khỏi cơ sở chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ cho các loại thuốc của quý vị như được giải thích trong tài liệu này. Để tránh mọi sự chậm trễ tại nhà thuốc khi quyền lợi chăm sóc cuối đời từ Medicare của quý vị kết thúc, hãy mang giấy tờ đến nhà thuốc để xác minh việc hủy bỏ hoặc xuất viện của quý vị.

PHẦN 10 **Chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc**

Phần 10.1 **Chương trình giúp hội viên sử dụng thuốc an toàn**

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

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

- Các lỗi có thể xảy ra khi cấp thuốc
- Thuốc có thể không cần thiết vì quý vị đang dùng một loại thuốc tương tự khác để điều trị cùng một tình trạng bệnh
- Các thuốc có thể không an toàn hoặc thích hợp với tuổi hoặc giới tính của quý vị
- Một số kết hợp của các thuốc mà có thể làm hại quý vị nếu được sử dụng cùng một lúc
- Đơn cho các loại thuốc có thành phần mà quý vị bị dị ứng
- Các lỗi có thể có về lượng (liều) dùng loại thuốc quý vị đang sử dụng
- Lượng thuốc giảm đau nhóm opioid không an toàn

Nếu chúng tôi thấy một vấn đề có thể xảy ra trong việc cấp thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp của quý vị để khắc phục vấn đề này.

Phần 10.2 **Chương trình Quản lý Thuốc (DMP) giúp các hội viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn**

Chúng tôi có chương trình giúp đảm bảo các hội viên sử dụng an toàn thuốc opioid theo toa và các loại thuốc thường bị lạm dụng khác. Chương trình này được gọi là Chương trình Quản lý Thuốc (DMP). Nếu quý vị sử dụng thuốc opioid được kê toa từ nhiều bác sĩ hoặc nhà thuốc, hoặc nếu quý vị vừa dùng quá liều opioid, chúng tôi có thể trao đổi với bác sĩ kê toa để đảm bảo việc quý vị sử dụng thuốc opioid là phù hợp và cần thiết về mặt y tế. Khi làm việc với người kê toa, nếu chúng tôi quyết định việc quý vị sử dụng thuốc opioid hoặc thuốc benzodiazepine theo toa có thể không an toàn, chúng tôi có thể hạn chế cách quý vị có thể nhận được những loại thuốc đó. Nếu chúng tôi đưa quý vị vào DMP của chúng tôi, các hạn chế có thể là:

- Yêu cầu quý vị mua tất cả các đơn thuốc opioid hoặc benzodiazepine từ một (số) nhà thuốc nhất định
- Yêu cầu quý vị phải lấy tất cả đơn thuốc cho thuốc opioid hoặc thuốc benzodiazepine từ một hoặc nhiều người kê toa nhất định
- Giới hạn số lượng các thuốc opioid hoặc benzodiazepine chúng tôi sẽ bảo hiểm cho quý vị

Nếu chúng tôi có kế hoạch hạn chế cách quý vị có thể nhận những loại thuốc này hoặc số lượng quý vị có thể nhận, chúng tôi sẽ gửi thư trước cho quý vị. Bức thư sẽ cho quý vị biết liệu chúng tôi có giới hạn phạm vi bảo hiểm các loại thuốc này cho quý vị hay không, hay liệu quý vị có phải xin đơn thuốc cho các loại thuốc này chỉ từ một bác sĩ kê toa hoặc nhà thuốc cụ thể hay không. Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết bác sĩ kê toa hoặc nhà thuốc nào quý vị muốn sử dụng và bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị cho là quan trọng để chúng tôi biết. Sau khi quý vị đã có cơ hội hồi đáp, nếu chúng tôi quyết định giới hạn bảo hiểm cho những thuốc này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bức thư khác xác nhận việc hạn chế đó. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã phạm sai lầm hoặc quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi hoặc với giới hạn, quý vị và người kê toa của quý vị có quyền kháng cáo. Nếu quý vị kháng cáo, chúng tôi sẽ xem xét trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định mới. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu của quý vị liên quan đến các hạn chế áp dụng đối với việc tiếp cận thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến một người rà soát độc lập bên ngoài chương trình. Xem Chương 9 để biết thông tin về cách yêu cầu khiếu nại.

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

Phần 10.3	Chương trình Quản lý Liệu pháp Thuốc (MTM) giúp các hội viên quản lý thuốc của họ
-----------	---

Chúng tôi có các chương trình có thể giúp các hội viên có nhu cầu sức khỏe phức tạp. Một chương trình được gọi là chương trình Quản lý Liệu pháp Thuốc (MTM). Chương trình này là tự nguyện và miễn phí. Một nhóm dược sĩ và bác sĩ đã phát triển chương trình cho chúng tôi để giúp đảm bảo rằng các hội viên của chúng tôi nhận được lợi ích cao nhất từ các loại thuốc họ dùng.

Một số hội viên mắc một số bệnh mạn tính và dùng thuốc vượt quá liều lượng nhất định, có chi phí thuốc cao hoặc tham gia DMP để giúp các hội viên sử dụng thuốc phiện an toàn có thể nhận được dịch vụ thông qua chương trình MTM. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình, dược sĩ hoặc những chuyên gia y tế khác sẽ cung cấp cho quý vị nhận xét toàn diện về tất cả các thuốc của quý vị. Trong quá trình xem xét, quý vị có thể nói về các loại thuốc, chi phí của mình và bất kỳ vấn đề hoặc câu hỏi nào quý vị có về thuốc kê đơn và thuốc không kê đơn của mình. Quý vị sẽ nhận được một bản tóm tắt trong đó có danh sách việc cần làm được đề xuất bao gồm các bước quý vị nên thực hiện để thu được kết quả tốt nhất từ thuốc của mình. Quý vị cũng sẽ nhận được một danh sách thuốc bao gồm tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, liều lượng quý vị dùng, thời điểm và lý do quý vị dùng chúng. Ngoài ra, các hội viên chương trình MTM sẽ nhận được thông tin về vớt bỏ an toàn thuốc kê toa là những dược chất bị kiểm soát.

Quý vị nên nói chuyện với bác sĩ về danh sách việc cần làm và danh sách thuốc được đề xuất. Mang theo bản tóm tắt khi đến khám hoặc bất cứ lúc nào quý vị nói chuyện với bác sĩ, dược sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Ngoài ra, hãy luôn cập nhật danh sách thuốc của quý vị và mang theo bên mình (ví dụ: với ID của quý vị) phòng trường hợp quý vị đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu.

Nếu chúng tôi có một chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ tự động ghi danh quý vị vào chương trình và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị quyết định không tham gia, vui lòng thông báo cho chúng tôi và chúng tôi sẽ rút tên quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về chương trình này, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Hội viên.

PHẦN 11 Chúng tôi gửi cho quý vị các báo cáo giải thích về việc thanh toán cho thuốc của quý vị

Phần 11.1 Chúng tôi gửi cho quý vị một bản tóm tắt hàng tháng được gọi là Giải thích quyền lợi Phần D (EOB Phần D)

Chương trình của chúng tôi theo dõi các chi phí thuốc theo toa của quý vị khi quý vị mua hoặc mua thêm theo đơn tại nhà thuốc. Đặc biệt, chúng tôi theo dõi:

- Chúng tôi theo dõi **tổng chi phí thuốc** của quý vị. Đây là số tiền quý vị tự chi trả hoặc những người khác trả thay quý vị cộng với số tiền được chương trình trả.

Nếu quý vị đã có một hoặc nhiều toa thuốc được mua thông qua chương trình trong tháng trước, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị *Giải thích về các quyền lợi Phần D* (Phần D EOB). EOB Phần D bao gồm:

- **Thông tin cho tháng đó.** Báo cáo này cung cấp thông tin chi tiết về các toa thuốc quý vị đã mua trong tháng trước. Nó cho biết tổng chi phí thuốc, những gì chương trình đã trả, và những gì quý vị và những người khác thay quý vị đã trả.
- **Tổng số tiền cho năm kể từ ngày 1 tháng 1.** Đây được gọi là thông tin tính đến thời điểm hiện tại. Thông tin này cho biết tổng chi phí thuốc và tổng số tiền thanh toán cho thuốc của quý vị kể từ đầu năm.
- **Thông tin giá thuốc.** Thông tin này sẽ hiển thị tổng giá thuốc và mọi phần trăm thay đổi so với lần mua đầu tiên cho mỗi toa thuốc có cùng số lượng.

Phần 11.2 Hãy giúp chúng tôi cập nhật thông tin về khoản thanh toán thuốc của quý vị

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

- **Xuất trình thẻ hội viên của quý vị mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa.** Điều này giúp chúng tôi đảm bảo rằng chúng tôi biết về đơn thuốc mà quý vị đang mua và những gì quý vị đang trả.
- **Đảm bảo chúng tôi có thông tin chúng tôi cần.** Có những lúc quý vị có thể trả toàn bộ chi phí cho một loại thuốc theo toa. Trong những trường hợp này, chúng tôi sẽ không tự động lấy thông tin mà chúng tôi cần để theo dõi chi phí tự trả của quý vị. Để giúp chúng tôi theo dõi các chi phí tự trả của quý vị, hãy cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị. Dưới đây là các ví dụ về thời điểm quý vị nên cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai thuốc của quý vị:
 - Khi quý vị mua thuốc được bảo hiểm tại một nhà thuốc trong mạng lưới với một giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá mà không phải là phần quyền lợi của chương trình chúng tôi.
 - Bất cứ khi nào quý vị mua thuốc được bảo hiểm tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc những lần khác quý vị trả giá đầy đủ cho thuốc được bảo hiểm trong các trường hợp đặc biệt

Nếu quý vị được gửi hóa đơn cho một loại thuốc được bảo hiểm, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Để biết hướng dẫn về cách thực hiện việc này, hãy xem Chương 7, Phần 2.

- **Gửi cho chúng tôi thông tin về các thanh toán bởi những người khác cho quý vị.** Các khoản thanh toán do một số cá nhân và tổ chức khác thực hiện cũng được tính vào chi phí xuất tụy của quý vị. Ví dụ, các thanh toán bởi chương trình trợ giúp thuốc AIDS (ADAP), Indian Health Service, và hầu hết các hội từ thiện được tính cho các chi phí tự chi trả của quý vị. Quý vị nên giữ hồ sơ ghi chép các thanh toán này và gửi chúng cho chúng tôi để chúng tôi có thể theo dõi các chi phí của quý vị.
- **Kiểm tra báo cáo bằng văn bản chúng tôi gửi đến quý vị.** Khi quý vị nhận được EOB Phần D, hãy xem qua để đảm bảo thông tin đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị nghĩ rằng có điều gì đó bị thiếu hoặc quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên của chúng tôi. Nhớ lưu lại các báo cáo này.

Chương 6

*Những gì quý vị chi trả cho thuốc theo toa
Phần D của quý vị*

**Quý vị có thể nhận được thông tin về chi phí thuốc của mình bằng cách nào?**

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Medicaid, quý vị đủ tiêu chuẩn và đang được “Trợ cấp Đặc biệt” từ Medicare để thanh toán cho chi phí chương trình thuốc theo toa của quý vị. Vì quý vị đang tham gia chương trình “Trợ cấp Đặc biệt”, **một số thông tin trong Chứng từ Bảo hiểm này về chi phí thuốc theo toa Phần D có thể không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị một tờ in rời riêng biệt, được gọi là *Điều khoản bổ sung của Chứng từ bảo hiểm cho những người nhận được Trợ cấp Đặc biệt khi thanh toán thuốc theo toa* (còn được gọi là Điều khoản bổ sung về Trợ cấp thu nhập thấp hoặc Điều khoản bổ sung LIS), cho quý vị biết về phạm vi bảo hiểm thuốc của quý vị. Nếu quý vị không có phần này, xin vui lòng gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên và xin LIS Rider.

Chương 7

*Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn quý vị
đã nhận cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bảo
hiểm*

PHẦN 1 Các tình huống mà quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc được bảo hiểm của quý vị

Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi gửi hóa đơn trực tiếp cho chương trình cho các dịch vụ và thuốc được bảo hiểm của quý vị – quý vị sẽ không nhận được hóa đơn cho các dịch vụ hoặc thuốc được bảo hiểm. Nếu quý vị nhận hóa đơn cho chăm sóc y tế hoặc thuốc quý vị đã nhận được, quý vị nên gửi hóa đơn cho chúng tôi để chúng tôi có thể chi trả cho hóa đơn đó. Khi quý vị gửi hóa đơn cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ và thuốc đó có được chi trả hay không. Nếu chúng tôi quyết định rằng chúng sẽ được bảo hiểm, chúng tôi sẽ trả trực tiếp cho nhà cung cấp.

Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ hoặc hạng mục Medicare được chương trình bảo hiểm, quý vị có thể yêu cầu chương trình chúng tôi trả lại cho quý vị (trả lại cho quý vị thường được gọi là **hoàn trả** cho quý vị). Quyền của quý vị là được chương trình của chúng tôi trả lại tiền bất cứ khi nào quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ y tế hoặc các thuốc được chương trình của chúng tôi bảo hiểm. Có thể có những thời hạn mà quý vị phải đáp ứng để được hoàn lại tiền. Vui lòng xem Phần 2 của chương này. Khi quý vị gửi hóa đơn quý vị đã chi trả cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem liệu dịch vụ đó có được bảo hiểm không. Nếu chúng tôi quyết định rằng chúng sẽ được bảo hiểm, chúng tôi sẽ trả lại quý vị cho các dịch vụ hoặc thuốc.

Cũng có thể có lúc quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp cho toàn bộ chi phí chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận hoặc có thể nhiều hơn mức chia sẻ chi phí của quý vị như đã thảo luận trong tài liệu này. Trước tiên, hãy cố gắng giải quyết hóa đơn với nhà cung cấp. Nếu cách đó không hiệu quả, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi thay vì thanh toán. Chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ đó có được đài thọ hay không. Nếu chúng tôi quyết định rằng chúng sẽ được bảo hiểm, chúng tôi sẽ trả trực tiếp cho nhà cung cấp. Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán, chúng tôi sẽ thông báo cho nhà cung cấp. Quý vị không bao giờ nên trả nhiều hơn mức chia sẻ chi phí mà chương trình cho phép. Nếu nhà cung cấp này đã ký hợp đồng, quý vị vẫn có quyền được điều trị.

Dưới đây là ví dụ về các tình huống mà quý vị có thể cần yêu cầu chương trình của chúng tôi trả lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận:

1. Khi quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu hoặc chăm sóc y tế cần thiết khẩn cấp từ một nhà cung cấp không nằm trong mạng lưới của chương trình chúng tôi

Quý vị có thể nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc cần thiết khẩn cấp từ bất kỳ nhà cung cấp nào, cho dù nhà cung cấp đó có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Trong những trường hợp này, hãy yêu cầu nhà cung cấp gửi hóa đơn cho chương trình.

- Nếu quý vị tự trả toàn bộ số tiền vào thời điểm quý vị nhận dịch vụ chăm sóc, hãy yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị. Gửi cho chúng tôi hóa đơn, cùng với tất cả các tài liệu về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã trả.
- Quý vị có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp yêu cầu số tiền thanh toán mà quý vị nghĩ rằng quý vị không nợ. Gửi cho chúng tôi hóa đơn đó, cùng với tất cả các tài liệu về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã trả.
 - Nếu nhà cung cấp sở hữu bất kỳ khoản nợ nào, chúng tôi sẽ trả trực tiếp cho nhà cung cấp.
 - Nếu quý vị đã trả tiền cho dịch vụ, chúng tôi sẽ trả lại tiền cho quý vị.

2. Khi nhà cung cấp trong mạng lưới gửi cho quý vị hóa đơn mà quý vị cho rằng quý vị không nên thanh toán

Các nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới phải luôn ghi hóa đơn cho chương trình. Nhưng đôi khi họ mắc sai lầm, và yêu cầu quý vị trả tiền cho dịch vụ của mình.

Chương 7. Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bảo hiểm

- Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ liên lạc với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề về hóa đơn.
- Nếu quý vị đã thanh toán xong hóa đơn cho một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn đó cùng với chứng từ về bất kỳ khoản tiền nào mà quý vị đã thanh toán. Quý vị cần yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho các dịch vụ được bao trả của quý vị.

3. Nếu quý vị đã ghi danh lại vào chương trình của chúng tôi

Đôi khi việc ghi danh của một người vào chương trình đã có hiệu lực từ trước. (Điều này có nghĩa là ngày đầu tiên ghi danh của họ đã trôi qua. Ngày ghi danh thậm chí có thể xảy ra vào năm ngoái.)

Nếu quý vị đã được ghi danh có hiệu lực trở về trước vào chương trình của chúng tôi và quý vị đã tự trả cho bất kỳ một dịch vụ hoặc các thuốc được bảo hiểm nào của quý vị sau ngày ghi danh của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị. Quý vị sẽ cần gửi các giấy tờ như biên lai và hóa đơn để chúng tôi xử lý khoản bồi hoàn.

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

Nếu quý vị đến một nhà thuốc ngoài mạng lưới, nhà thuốc đó có khả năng không thể gửi yêu cầu trực tiếp cho chúng tôi. Nếu điều đó xảy ra, quý vị sẽ phải trả tất cả chi phí cho đơn thuốc của quý vị.

Giữ lại biên lai của quý vị và gửi một bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị. Hãy nhớ rằng chúng tôi chỉ đài thọ cho các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp hạn chế. Xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thảo luận về những trường hợp này. Chúng tôi có thể không hoàn lại cho quý vị khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả cho loại thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và số tiền chúng tôi sẽ trả tại nhà thuốc trong mạng lưới.

5. Khi quý vị phải trả toàn bộ chi phí cho toa thuốc vì quý vị không mang theo thẻ hội viên của chương trình

Nếu quý vị không mang thẻ tư cách hội viên chương trình theo mình, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi chương trình hoặc tìm kiếm thông tin ghi danh của quý vị tại chương trình. Tuy nhiên, nếu ngay lúc đó nhà thuốc không thấy thông tin ghi danh mà họ cần, quý vị có thể phải tự trả tất cả chi phí đơn thuốc. Giữ lại biên lai của quý vị và gửi một bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị. Chúng tôi có thể không hoàn lại toàn bộ số tiền quý vị đã trả nếu giá tiền mặt quý vị trả cao hơn giá chúng tôi đã thương lượng cho đơn thuốc.

6. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho một toa thuốc trong những tình huống khác

Quý vị có thể trả tất cả chi phí một đơn thuốc bởi quý vị thấy loại thuốc này không được bảo hiểm vì một lý do nào đó.

- Ví dụ, loại thuốc đó có thể không có trong Danh sách thuốc của chương trình hoặc có thể có yêu cầu hạn chế mà quý vị không biết hoặc nghĩ là không áp dụng cho mình. Nếu quý vị quyết định mua thuốc ngay lúc đó, quý vị có thể phải trả tất cả chi phí.
- Giữ lại biên lai của quý vị và gửi một bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cần thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị để hoàn lại tiền thuốc cho quý vị. Chúng tôi có thể không hoàn lại toàn bộ số tiền quý vị đã trả nếu giá tiền mặt quý vị trả cao hơn giá chúng tôi đã thương lượng cho đơn thuốc.

Khi quý vị gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị và quyết định xem dịch vụ hoặc thuốc đó có được bảo hiểm hay không. Việc này được gọi là **quyết định bảo hiểm**. Nếu chúng tôi quyết định cần được bảo hiểm, chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi. Chương 9 của tài liệu này có thông tin về cách kháng cáo.

PHẦN 2 **Làm thế nào để yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận**

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị bằng cách gửi cho chúng tôi yêu cầu bằng văn bản. Nếu quý vị gửi yêu cầu bằng văn bản, hãy gửi hóa đơn và tài liệu về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện. Nên giữ bản sao hóa đơn và biên lai cho hồ sơ của quý vị. **Quý vị phải gửi yêu cầu bồi thường y tế của quý vị cho chúng tôi trong vòng 12 tháng** kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, mặt hàng hoặc thuốc Phần B. **Quý vị phải gửi yêu cầu bồi thường thuốc theo toa Phần D cho chúng tôi trong vòng 36 tháng** kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, mặt hàng hoặc thuốc Phần D.

Để đảm bảo rằng quý vị sẽ cung cấp cho chúng tôi tất cả thông tin chúng tôi cần để đưa ra quyết định, quý vị có thể điền vào biểu mẫu yêu cầu thanh toán của chúng tôi để đưa ra yêu cầu thanh toán.

- Quý vị không cần phải sử dụng biểu mẫu, nhưng biểu mẫu sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn. Biểu mẫu yêu cầu quý vị cung cấp thông tin như: tên, địa chỉ, số ID Aetna, tên nhà cung cấp, mã số NPI (mã định danh nhà cung cấp quốc gia) của nhà cung cấp, mã TIN (mã số nhận dạng người nộp thuế) của nhà cung cấp, địa chỉ nhà cung cấp, ngày cung cấp dịch vụ, loại hoàn trả, mô tả dịch vụ và phí.
- Hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên và yêu cầu mẫu đơn.

Đối với yêu cầu bồi thường y tế: Hãy gửi qua bưu điện thư yêu cầu trả tiền cùng bất kỳ hóa đơn hoặc biên nhận nào của quý vị cho chúng tôi theo địa chỉ sau đây:

Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP)
Aetna Duals COE Member Correspondence
PO Box 982980
El Paso, TX 79998

Đối với yêu cầu bồi thường thuốc theo toa Phần D: Hãy gửi qua bưu điện thư yêu cầu trả tiền cùng bất kỳ hóa đơn hoặc biên nhận nào của quý vị cho chúng tôi theo địa chỉ sau đây:

Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP)
Aetna Integrated Pharmacy Solutions
PO Box 52446
Phoenix, AZ 85072

PHẦN 3 **Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và trả lời đồng ý hoặc không**

Phần 3.1	Chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi có nên chi trả cho dịch vụ hoặc thuốc hay không
----------	--

Khi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ cho quý vị biết chúng tôi có cần thông tin bổ sung từ phía quý vị không. Nếu không thì chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị và đưa ra quyết định bảo hiểm.

Chương 7. Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bảo hiểm

- Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc được bảo hiểm chi trả và quý vị tuân thủ mọi quy định, chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu quý vị đã thanh toán dịch vụ và thuốc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị tiền hoàn trả qua đường bưu điện. Nếu quý vị đã thanh toán toàn bộ chi phí cho một loại thuốc, quý vị có thể không được hoàn lại toàn bộ số tiền quý vị đã trả (ví dụ, nếu quý vị mua thuốc tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc nếu giá tiền mặt quý vị trả cho một loại thuốc cao hơn giá chúng tôi đã thương lượng). Nếu quý vị chưa thanh toán dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi thư thanh toán trực tiếp tới nhà cung cấp qua đường bưu điện.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc *không* được bảo hiểm, hoặc quý vị *không* tuân thủ mọi quy định, chúng tôi sẽ không chi trả cho việc chăm sóc hoặc thuốc. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do tại sao chúng tôi không gửi khoản thanh toán và quyền của quý vị để kháng cáo quyết định đó.

Phần 3.2	Nếu chúng tôi nói với quý vị rằng chúng tôi sẽ không trả tiền cho việc chăm sóc y tế hoặc thuốc men, quý vị có thể kháng cáo.
----------	---

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã có sai sót khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị hoặc số tiền chúng tôi đang thanh toán, quý vị có thể khiếu nại. Nếu quý vị khiếu nại, có nghĩa quý vị yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định mà chúng tôi đã đưa ra khi bác bỏ yêu cầu thanh toán của quý vị. Tiến trình kháng cáo là một tiến trình chính thức có các thủ tục chi tiết và thời hạn quan trọng. Để biết chi tiết về cách thực hiện kháng cáo này, hãy xem Chương 9 của tài liệu này.

Chương 8

Quyền lợi và trách nhiệm của quý vị

Chương 8. Quyền lợi và trách nhiệm của quý vị

PHẦN 1 Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng quyền và sự nhạy cảm về văn hóa của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách phù hợp với quý vị và phù hợp với nhạy cảm văn hóa của quý vị (bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, chữ nổi, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác, v.v.)

Chương trình của quý vị phải đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp theo cách phù hợp với văn hóa và có thể tiếp cận được với tất cả người đăng ký, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nền tảng văn hóa và dân tộc đa dạng. Các ví dụ về cách một chương trình có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ thông dịch, máy đánh chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản hoặc điện thoại đánh chữ).

Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi của các hội viên không nói tiếng Anh. Cũng có nhiều tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha.

Nếu quý vị có nhu cầu, chúng tôi cũng có thể cung cấp thông tin bằng chữ nổi Braille, bản in lớn hoặc ở các dạng khác miễn phí. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình phù hợp và dễ tiếp cận với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi Dịch vụ Hội viên.

Chương trình của chúng tôi bắt buộc phải cung cấp cho những người ghi danh là nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp với chuyên gia sức khỏe là nữ trong mạng lưới cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ và phòng ngừa cho phụ nữ.

Nếu không có sẵn các nhà cung cấp dịch vụ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình, thì chương trình có trách nhiệm tìm các nhà cung cấp dịch vụ chuyên khoa bên ngoài mạng lưới, đây là những người sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết cho quý vị. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị gặp tình huống không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chương trình cung cấp dịch vụ quý vị cần, hãy gọi cho chương trình để biết thông tin về nơi cần đến để nhận dịch vụ này với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi bằng định dạng có thể tiếp cận được và phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện để khiếu nại với Ban Dịch vụ Hội viên (số điện thoại có ở mặt sau của tài liệu này). Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc trực tiếp với Văn phòng Dân quyền 1-800-368-1019 hoặc TTY [1-800-537-7697](tel:1-800-537-7697).

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. Many documents are also available in Spanish.

We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this document). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY [1-800-537-7697](tel:1-800-537-7697).

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y compatible con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además de español, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)
-------------	---

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles a todos los inscritos, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, suministro de servicios del traductor, servicios de interpretación, teletipos o TTY (teléfono o teléfono de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Muchos documentos también están disponibles en español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventivos para la mujer.

Si no están disponibles los proveedores de la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde puede obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar una queja ante el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o al TTY [1-800-537-7697](tel:1-800-537-7697).

القسم 1.1 يتعين أن نقدم معلومات بطريقة تناسبك وتتلاءم مع الحساسيات الثقافية الخاصة بك (بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية، أو بطريقة برايل، أو مطبوعة بأحرف كبيرة، أو بأشكال بديلة أخرى، وما إلى ذلك).

إن خطتك مطلوبة لضمان أن جميع الخدمات؛ سواء السريرية أو غير السريرية، يتم تقديمها بطريقة مختصة ثقافيًا ومتاحة لجميع المسجلين، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية ومهارات القراءة المحدودة وعجز السمع أو أولئك الذين لديهم ثقافات متنوعة والخلفيات العرقية. وتتضمن أمثلة الطريقة التي قد تلبى بها الخطة متطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، تقديم خدمات المترجمين التحريريين أو خدمات المترجمين الفوريين أو المبرقات الكاتبة أو خدمات TTY (الهاتف النصي أو المبرقة الكاتبة).

تتاح بخططنا خدمات المترجمين الفوريين مجانًا للإجابة على الأسئلة من الأعضاء الذين لا يتحدثون الإنجليزية. تتاح أيضًا العديد من المستندات باللغة العربية. يمكننا أيضًا أن نقدم لك معلومات بطريقة برايل أو مطبوعة بأحرف كبيرة أو تنسيقات أخرى بديلة مجانًا في حالة الضرورة. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بالتنسيق يمكن الوصول إليه ويناسبك. للحصول على معلومات منا بطريقة تناسبك، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء.

تعتبر خطتنا مطلوبة لمنح المسجلات من الإناث خيار الوصول المباشر إلى أخصائي صحة المرأة داخل الشبكة لخدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا لم يكن مقدمو الخدمات في شبكة الخطة لأحد التخصصات متاحين، فمن مسؤولية الخطة تحديد مقدمي خدمات متخصصين خارج الشبكة يقدمون لك الرعاية الضرورية. في هذه الحالة، سنقوم فقط بدفع تقاسم التكلفة من خلال الشبكة. إذا وجدت نفسك في حالة لا يوجد فيها أي متخصصين في شبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاج إليها، فاتصل بالخطة للحصول على معلومات عن المكان الذي تذهب إليه للحصول على هذه الخدمة وفقًا لمشاركة التكاليف داخل الشبكة.

إذا واجهت أي مشاكل في الحصول على معلومات من خطتنا بالتنسيق يمكن الوصول إليه ومناسب لك، فيرجى الاتصال لتقديم تظلم إلى خدمات الأعضاء (تتم طباعة أرقام الهواتف على الغلاف الخلفي لهذا المستند). يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال برقم (1-800-633-4247) 1-800-MEDICARE أو مباشرة إلى مكتب الحقوق المدنية 1-800-368-1019 أو TTY 1-800-537-7697.

Phần 1.2 Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị được tiếp cận kịp thời với các dịch vụ và thuốc được bảo hiểm của mình

Quý vị có quyền chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới của chương trình để cung cấp và thu xếp các dịch vụ được bao trả cho quý vị. Chúng tôi không yêu cầu quý vị phải có giấy giới thiệu để đến các nhà cung cấp trong mạng lưới.

Quý vị có quyền được đặt lịch hẹn và nhận các dịch vụ được bảo hiểm từ mạng lưới nhà cung cấp của chương trình trong một khoảng thời gian hợp lý. Điều này bao gồm quyền được nhận dịch vụ kịp thời từ các chuyên gia khi quý vị cần. Quý vị cũng có quyền nhận được các đơn thuốc đã kê hoặc kê lại tại bất kỳ hiệu thuốc thuộc mạng lưới của chúng tôi mà không phải đợi lâu.

Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị không nhận được dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc Phần D trong khoảng thời gian hợp lý, Chương 9 cho biết những gì quý vị có thể làm.

Phần 1.3 Chúng tôi phải bảo vệ sự riêng tư cho thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị

Luật Liên bang và Tiểu bang bảo vệ tính riêng tư của hồ sơ y tế và các thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị. Chúng tôi bảo vệ các thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị theo quy tắc của các luật này.

- Thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị bao gồm **thông tin cá nhân** mà quý vị đã cung cấp cho chúng tôi khi quý vị ghi danh vào chương trình này cũng như hồ sơ bệnh án của quý vị và các thông tin y tế và sức khỏe khác.
- Quý vị có các quyền liên quan đến thông tin của mình và kiểm soát cách thông tin sức khỏe của quý vị được sử dụng. Chúng tôi cung cấp cho quý vị một thông báo bằng văn bản, được gọi là *Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư*, nói về những quyền này và giải thích cách chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư về thông tin sức khỏe của quý vị.

Chúng tôi bảo vệ sự riêng tư cho thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị như thế nào?

- Chúng tôi đảm bảo rằng những người không có thẩm quyền không được xem hoặc thay đổi hồ sơ của quý vị.
- Ngoại trừ những trường hợp được ghi chú dưới đây, nếu chúng tôi có ý định cung cấp thông tin sức khỏe của quý vị cho bất kỳ ai không cung cấp dịch vụ chăm sóc hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị, *chúng tôi được yêu cầu phải có sự cho phép bằng văn bản từ quý vị hoặc người mà quý vị đã trao quyền hợp pháp để đưa ra quyết định thay quý vị trước.*
- Có các ngoại lệ nhất định không yêu cầu chúng tôi xin phép quý vị trước. Các ngoại lệ này được cho phép hoặc yêu cầu theo pháp luật.
 - Ví dụ, chúng tôi phải cung cấp thông tin sức khỏe cho các cơ quan chính phủ đang kiểm tra chất lượng chăm sóc y tế.
 - Vì quý vị là hội viên của chương trình Medicare của chúng tôi, chúng tôi có nghĩa vụ cung cấp cho Medicare thông tin sức khỏe của quý vị, bao gồm thông tin về thuốc theo toa Phần D của quý vị. Nếu Medicare tiết lộ thông tin của quý vị cho nghiên cứu hoặc dùng vào các việc khác, thì việc tiết lộ này sẽ được thực hiện theo các đạo luật và quy định của Liên bang; thông thường, đạo luật hoặc quy định này yêu cầu không chia sẻ thông tin nhận diện quý vị.

Quý vị có thể xem các thông tin trong hồ sơ của mình và biết nó đã được những người khác xem ra sao

Quý vị có quyền tra cứu hồ sơ y tế của mình được lưu tại chương trình, và được tạo một bản sao hồ sơ đó. Chúng tôi được phép tính phí tạo bản sao cho quý vị. Quý vị cũng có quyền yêu cầu chúng tôi bổ sung hoặc chỉnh sửa hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi làm điều đó, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định xem có cần thay đổi hay không.

Quý vị có quyền biết thông tin sức khỏe của mình đã bị những người khác xem với những mục đích không theo thông lệ như thế nào.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại về quyền riêng tư của thông tin sức khỏe cá nhân của mình, vui lòng gọi Dịch vụ Hội viên.

Chương 8. Quyền lợi và trách nhiệm của quý vị

Phần 1.4 Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về chương trình, mạng lưới nhà cung cấp và các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị

Với tư cách là hội viên của Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP), quý vị có quyền nhận được nhiều loại thông tin từ chúng tôi.

Nếu quý vị muốn bất kỳ các loại thông tin nào sau đây, vui lòng gọi Dịch vụ Hội viên:

- **Thông tin về chương trình của chúng tôi.** Điều này bao gồm, ví dụ, các thông tin về tình trạng tài chính của chương trình.
- **Thông tin về các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.** Quý vị có quyền nhận thông tin về trình độ của các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi và cách chúng tôi thanh toán cho các nhà cung cấp trong mạng lưới của mình.
- **Thông tin về phạm vi bảo hiểm của quý vị và các quy tắc quý vị phải tuân theo khi sử dụng phạm vi bảo hiểm.** Chương 3 và 4 cung cấp thông tin liên quan đến dịch vụ y tế. Chương 5 cung cấp thông tin về phạm vi bảo hiểm thuốc theo toa Phần D.
- **Thông tin về lý do tại sao một số vấn đề nào đó không được bảo hiểm và quý vị có thể làm gì về vấn đề đó.** Chương 9 cung cấp thông tin về việc yêu cầu giải thích bằng văn bản về lý do tại sao dịch vụ y tế hoặc thuốc Phần D không được bảo hiểm hoặc nếu phạm vi bảo hiểm của quý vị bị hạn chế. Chương 9 cũng cung cấp thông tin về việc yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định, còn gọi là kháng cáo.
- **Thông tin từ người phiên dịch.** Dịch vụ phiên dịch của chương trình chúng tôi có sẵn bằng mọi ngôn ngữ, bao gồm cả Ngôn ngữ ký hiệu Hoa Kỳ. Dịch vụ thông dịch được cung cấp để thông dịch tại chỗ trong cuộc hẹn khám bệnh. Nếu quý vị cần những dịch vụ này, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Hội viên ít nhất hai tuần trước cuộc hẹn đã lên lịch của quý vị.

Phần 1.5 Chúng tôi phải hỗ trợ quyền của quý vị trong việc đưa ra quyết định về việc chăm sóc của quý vị

Quý vị có quyền biết các lựa chọn điều trị cho mình và tham gia vào các quyết định về chăm sóc sức khỏe của quý vị

Quý vị có quyền nhận được thông tin đầy đủ từ các bác sĩ của mình và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Nhà cung cấp của quý vị phải giải thích tình trạng sức khỏe và lựa chọn điều trị của quý vị *theo cách mà quý vị có thể hiểu được.*

Quý vị cũng có quyền tham gia đầy đủ vào những quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của mình. Để giúp quý vị đưa ra quyết định cùng với bác sĩ xem những điều trị nào là tốt nhất cho quý vị, những quyền lợi của quý vị bao gồm những điều sau đây:

- **Được biết về tất cả những lựa chọn của quý vị.** Quý vị có quyền được thông báo về tất cả các lựa chọn điều trị được khuyến nghị cho tình trạng của mình, bất kể chi phí là bao nhiêu hoặc liệu chúng có được chương trình của chúng tôi đài thọ hay không. Điều này cũng bao gồm quyền được cho biết về các chương trình mà chương trình của chúng tôi đề nghị để giúp các hội viên quản lý dược phẩm và sử dụng thuốc an toàn.
- **Để biết về các rủi ro.** Quý vị có quyền được biết về bất kỳ rủi ro nào liên quan đến dịch vụ chăm sóc của quý vị. Quý vị phải được biết trước nếu bất kỳ dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế nào được đề xuất là một phần của một nghiên cứu thử nghiệm. Quý vị luôn có sự lựa chọn được từ chối bất kỳ phương pháp điều trị thử nghiệm nào.

- **Quyền nói “không.”** Quý vị có quyền từ chối bất kỳ phương pháp điều trị nào được khuyến nghị. Điều này bao gồm quyền rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ của quý vị khuyên quý vị không nên rời đi. Quý vị cũng có quyền dừng sử dụng thuốc. Tất nhiên, nếu quý vị từ chối điều trị hoặc dùng thuốc, quý vị chấp nhận chịu hoàn toàn trách nhiệm về những hậu quả có thể xảy ra với cơ thể của quý vị.

Quý vị có quyền đưa ra các hướng dẫn về những việc được thực hiện nếu quý vị không thể ra quyết định về y tế cho bản thân mình

Đôi khi người ta bị mất khả năng ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe cho bản thân do tai nạn hoặc bệnh tật nghiêm trọng. Quý vị có quyền bày tỏ những gì mình muốn xảy ra nếu quý vị ở trong trường hợp này. Điều này có nghĩa là, *nếu quý vị muốn*, quý vị có thể:

- Điền vào mẫu đơn viết tay để cung cấp **ai đó có thẩm quyền pháp lý để đưa ra quyết định y tế cho quý vị** nếu quý vị không còn khả năng tự đưa ra quyết định cho mình.
- **Cung cấp cho bác sĩ của quý vị hướng dẫn bằng văn bản** về cách quý vị muốn họ xử lý việc chăm sóc y tế của quý vị nếu quý vị không còn khả năng tự quyết định.

Các tài liệu pháp lý mà quý vị có thể sử dụng để cung cấp các hướng dẫn trước trong những trường hợp này được gọi là **những chỉ thị trước**. Có nhiều loại chỉ thị trước khác nhau và tên gọi khác nhau cho các chỉ thị đó. Tài liệu được gọi là **di chúc sống** và **giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe** là những ví dụ về chỉ thị trước.

Nếu quý vị muốn sử dụng chỉ thị trước để đưa ra hướng dẫn, đây là những gì quý vị cần làm:

- **Lấy biểu mẫu.** Quý vị có thể lấy mẫu chỉ thị trước từ luật sư của mình, từ nhân viên xã hội hoặc từ một số cửa hàng văn phòng phẩm. Đôi khi quý vị có thể lấy các đơn chỉ thị trước từ các tổ chức cung cấp thông tin về Medicare cho mọi người. Quý vị cũng có thể liên hệ với Dịch vụ Hội viên để yêu cầu các biểu mẫu.
- **Điền vào đơn và ký tên.** Bất kể quý vị nhận được đơn này ở đâu, nhớ rằng đó là một tài liệu pháp lý. Quý vị nên cân nhắc nhờ luật sư soạn thảo cho quý vị.
- **Cung cấp bản sao cho những người thích hợp.** Quý vị nên đưa một bản sao của biểu mẫu cho bác sĩ của mình và cho người mà quý vị nêu tên trên biểu mẫu, người có thể đưa ra quyết định cho quý vị nếu quý vị không thể. Nếu muốn, quý vị có thể trao cho bạn thân hoặc thành viên gia đình bản sao này. Hãy giữ một bản sao ở nhà.

Nếu quý vị biết trước rằng quý vị sẽ phải nhập viện và quý vị đã ký một chỉ thị trước, **hãy mang theo một bản sao khi đến bệnh viện.**

- Bệnh viện sẽ hỏi quý vị xem quý vị đã ký vào mẫu chỉ thị trước chưa và quý vị có mang theo bên mình không.
- Nếu quý vị chưa ký vào mẫu chỉ dẫn trước, bệnh viện có sẵn các mẫu và sẽ hỏi xem quý vị có muốn ký vào đó hay không.

Hãy nhớ rằng, quý vị có quyền lựa chọn có muốn điền vào chỉ thị trước hay không (bao gồm cả việc quý vị có muốn ký hay không nếu quý vị đang ở trong bệnh viện). Theo luật pháp, không ai có thể từ chối chăm sóc quý vị hay phân biệt đối xử đối với quý vị dù quý vị đã có một chỉ thị trước hay chưa.

Nếu những hướng dẫn của quý vị không được tuân theo thì sao?

Nếu quý vị đã làm giấy chỉ thị trước, và quý vị tin rằng bác sĩ hoặc bệnh viện đã không thực hiện theo chỉ thị của quý vị ghi trong giấy đó, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với cơ quan tiểu bang giám sát chỉ thị trước. Để tìm cơ quan thích hợp ở tiểu bang của quý vị, hãy liên hệ với SHIP của quý vị. Thông tin liên lạc có trong **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này.

Chương 8. Quyền lợi và trách nhiệm của quý vị

Phần 1.6 Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại các quyết định mà chúng tôi đã đưa ra

Nếu quý vị có bất kỳ vấn đề, mối quan tâm hoặc khiếu nại nào và cần yêu cầu bảo hiểm hoặc kháng cáo, Chương 9 của tài liệu này cho biết những gì quý vị có thể làm. Dù quý vị làm gì – yêu cầu quyết định bảo hiểm, kháng cáo hoặc khiếu nại — **chúng tôi có nghĩa vụ phải đối xử công bằng với quý vị.**

Phần 1.7 Quý vị có thể làm gì nếu quý vị tin rằng mình đang bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng?

Nếu là về phân biệt đối xử, gọi Văn phòng Dân quyền

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng do chủng tộc, khuyết tật, tôn giáo, giới tính, sức khỏe, dân tộc, tín ngưỡng (niềm tin), tuổi tác, khuynh hướng tình dục, bản dạng giới hoặc quốc tịch của quý vị, quý vị nên gọi đến **Văn phòng Dân quyền** của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY [1-800-537-7697](tel:1-800-537-7697) hoặc gọi đến Văn phòng Dân quyền địa phương của quý vị.

Còn về điều gì nữa?

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị đối xử bất công hoặc quyền của quý vị không được tôn trọng, và nó *không phải là* về vấn đề phân biệt đối xử, quý vị có thể nhận được sự trợ giúp để giải quyết vấn đề quý vị đang gặp phải:

- Quý vị có thể **gọi cho Dịch vụ Hội viên.**
- Quý vị có thể **gọi Chương trình Trợ giúp Bảo hiểm Sức khỏe Tiểu bang (SHIP).** Để biết chi tiết, hãy truy cập Chương 2, Phần 3 hoặc **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này.
- Hoặc, **quý vị có thể gọi Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần (TTY [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048)).
- Quý vị có thể **liên hệ với Medicare.** Để biết chi tiết tham khảo **Phụ lục A** của tài liệu này để biết tên và thông tin liên lạc của chương trình Medicaid tại tiểu bang của quý vị.
- Quý vị có thể **gọi cho Ombudsman của quý vị.** Để biết chi tiết tham khảo **Phụ lục A** của tài liệu này để biết tên và thông tin liên lạc của các chương trình Ombudsman tại tiểu bang của quý vị.

Phần 1.8 Làm thế nào để có thêm thông tin về quyền của quý vị

Có một số nơi quý vị có thể nhận thêm thông tin về quyền của quý vị:

- Quý vị có thể **gọi Dịch vụ hội viên.**
- Quý vị có thể **gọi đến Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP).** Để biết chi tiết, hãy truy cập Chương 2, Phần 3 hoặc **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này.
- Quý vị có thể liên hệ với **Medicare.**
 - Quý vị có thể truy cập trang web Medicare để đọc hoặc tải xuống ấn phẩm *Quyền và sự bảo vệ của Medicare*. (Ấn phẩm có sẵn tại: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - Hoặc quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần (TTY [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048)).

PHẦN 2 **Quý vị có một số trách nhiệm với tư cách là hội viên của chương trình**

Những việc quý vị cần làm với tư cách hội viên chương trình được liệt kê dưới đây. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho Bộ phận Dịch vụ Hội viên.

- **Làm quen với các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị và các quy tắc quý vị phải tuân theo để nhận được các dịch vụ được bảo hiểm này.** Sử dụng *Chứng từ bảo hiểm* này để tìm hiểu những gì được bảo hiểm chi trả cho quý vị và các quy tắc quý vị cần tuân theo để nhận được các dịch vụ được bảo hiểm.
 - Chương 3 và 4 cung cấp thông tin chi tiết về các dịch vụ y tế của quý vị.
 - Chương 5 cung cấp thông tin chi tiết về phạm vi bảo hiểm thuốc theo toa Phần D của quý vị.
- **Nếu quý vị có bất kỳ bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm thuốc theo toa nào khác ngoài chương trình của chúng tôi, quý vị cần phải thông báo cho chúng tôi.** Chương 1 cho quý vị biết về cách phối hợp những quyền lợi này.
- **Hãy cho bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị biết rằng quý vị đang được ghi danh trong chương trình chúng tôi.** Xuất trình thẻ hội viên chương trình và thẻ Medicaid của quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa Phần D.
- **Giúp các bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp khác trợ giúp quý vị bằng cách cung cấp cho họ thông tin, đặt câu hỏi, và tuân theo dịch vụ chăm sóc của quý vị.**
 - Để được chăm sóc tốt nhất, hãy báo cho bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Tuân theo các chương trình và các hướng dẫn điều trị mà quý vị và các bác sĩ của quý vị đồng ý.
 - Đảm bảo rằng các bác sĩ của quý vị biết tất cả các thuốc quý vị đang sử dụng, bao gồm các thuốc không cần kê đơn, vitamin và thực phẩm chức năng.
 - Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hãy nhớ hỏi và nhận được câu trả lời mà quý vị có thể hiểu được.
- **Hãy quan tâm đến người khác.** Chúng tôi mong đợi mọi hội viên tôn trọng quyền của những bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng mong muốn quý vị trợ giúp sự hoạt động trơn tru của văn phòng bác sĩ của quý vị, bệnh viện, và các văn phòng khác.
- **Trả số tiền quý vị nợ.** Với tư cách là hội viên của chương trình, quý vị chịu trách nhiệm thanh toán các khoản sau:
 - Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare của mình để tiếp tục là hội viên chương trình.
 - Nếu quý vị phải trả thêm tiền cho Phần D vì thu nhập cao hơn (như được báo cáo trong tờ khai thuế cuối cùng của quý vị), quý vị phải tiếp tục trả thêm tiền trực tiếp cho chính phủ để tiếp tục là hội viên của chương trình.
- **Nếu quý vị chuyển đi ở trong khu vực dịch vụ của chúng tôi, chúng tôi cần biết** để chúng tôi có thể cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị và biết cách liên lạc với quý vị.
- **Nếu quý vị chuyển đi ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục là hội viên của chương trình chúng tôi.**
- Nếu quý vị chuyển chỗ ở, điều quan trọng là quý vị phải cho dịch vụ An sinh Xã hội (hoặc Ban Hưu trí Ngành Đường sắt) biết.

Chương 9

Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc lo lắng

Chương này giải thích các quy trình xử lý vấn đề và lo ngại. Quy trình quý vị sử dụng để xử lý vấn đề tùy thuộc vào hai việc:

1. Vấn đề của quý vị về các quyền lợi được **Medicare** hay **Medicaid** bao trả. Nếu quý vị muốn được trợ giúp quyết định sử dụng quy trình Medicare hay quy trình Medicaid, hay cả hai, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Hội viên.
2. Loại vấn đề quý vị đang có:
 - Đối với một số loại vấn đề, quý vị cần sử dụng **quá trình đưa ra quyết định về bảo hiểm và kháng cáo**.
 - Đối với các loại vấn đề khác, quý vị cần sử dụng **quy trình khiếu nại**; còn gọi là khiếu nại.

Các quy trình này đều được phê duyệt bởi Medicare. Mỗi quy trình có một bộ quy tắc, thủ tục và thời hạn mà chúng tôi và quý vị phải tuân theo.

Hướng dẫn trong Phần 3 sẽ giúp quý vị xác định quy trình phù hợp để sử dụng và những gì quý vị nên làm.

Phần 1.2 Còn về các điều khoản pháp lý thì sao?

Có các điều khoản pháp lý cho một số quy tắc, thủ tục và các loại thời hạn được giải thích trong chương này. Nhiều thuật ngữ trong số này không quen thuộc với hầu hết mọi người và có thể khó hiểu. Để làm cho mọi thứ dễ dàng hơn, chương này:

- Sử dụng các từ đơn giản hơn thay cho các thuật ngữ pháp lý nhất định. Ví dụ, chương này thường nói khiếu nại thay vì than phiền, quyết định bảo hiểm thay vì thẩm định của tổ chức hoặc thẩm định bảo hiểm hoặc thẩm định rủi ro, và tổ chức xét duyệt độc lập thay vì Cơ quan Xét duyệt Độc lập.
- Nó cũng sử dụng các từ viết tắt ít nhất có thể.

Tuy nhiên, cũng có thể hữu ích – và đôi khi khá quan trọng – nếu quý vị biết các điều khoản pháp lý chính xác. Biết sử dụng thuật ngữ nào sẽ giúp quý vị giao tiếp chính xác hơn để nhận được trợ giúp hoặc thông tin phù hợp cho tình huống của mình. Để giúp quý vị biết thuật ngữ nào được sử dụng, chúng tôi đưa vào các thuật ngữ pháp lý khi chúng tôi cung cấp thông tin chi tiết về cách xử lý những tình huống cụ thể.

PHẦN 2 Nơi để có thêm thông tin và hỗ trợ cá nhân

Chúng tôi luôn sẵn sàng giúp quý vị. Ngay cả khi quý vị có khiếu nại về cách chúng tôi đối xử với quý vị, chúng tôi có nghĩa vụ tôn trọng quyền khiếu nại của quý vị. Do đó, quý vị phải luôn liên hệ với dịch vụ khách hàng để được trợ giúp. Nhưng trong một số trường hợp, quý vị cũng có thể muốn được trợ giúp hoặc hướng dẫn từ một người không có quan hệ với chúng tôi. Dưới đây là hai thực thể có thể hỗ trợ quý vị.

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Chương trình Trợ giúp Bảo hiểm Sức khỏe Tiểu bang (SHIP)

Mỗi tiểu bang đều có chương trình của chính phủ kèm theo các cố vấn đã qua đào tạo. Chương trình này không liên kết với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào khác. Các chuyên gia tư vấn của chương trình này có thể giúp quý vị hiểu được quý vị nên sử dụng quy trình nào để xử lý vấn đề quý vị đang có. Họ cũng có thể trả lời thắc mắc của quý vị, cung cấp thêm thông tin cho quý vị, và cung cấp hướng dẫn về những việc cần làm.

Những dịch vụ của các chuyên gia tư vấn SHIP là miễn phí. Quý vị sẽ tìm thấy số điện thoại và URL trang web trong **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này.

Medicare

Quý vị cũng có thể liên hệ với Medicare để được giúp đỡ. Để liên hệ với Medicare:

- Quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048.
- Quý vị cũng có thể truy cập trang web Medicare (www.medicare.gov).

Quý vị có thể nhận được trợ giúp và thông tin từ Medicaid

Thông tin liên lạc của cơ quan Medicaid của tiểu bang quý vị có thể được tìm thấy trong **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này.

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

Vì quý vị có Medicare và nhận hỗ trợ từ Medicaid, quý vị có các quy trình khác nhau quý vị có thể sử dụng để xử lý vấn đề hoặc khiếu nại của mình. Quy trình nào quý vị sử dụng tùy thuộc vào liệu vấn đề là về quyền lợi Medicare hay quyền lợi Medicaid. Nếu vấn đề của quý vị là về quyền lợi được Medicare bảo hiểm thì quý vị nên sử dụng quy trình Medicare. Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến quyền lợi được bao trả bởi Medicaid, thì quý vị nên sử dụng quy trình Medicaid. Nếu quý vị muốn được trợ giúp quyết định sử dụng quy trình Medicare hay quy trình Medicaid, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Hội viên.

Quy trình Medicare và quy trình Medicaid được mô tả tại các phần khác nhau của chương này. Để tìm hiểu về phần quý vị nên đọc, sử dụng bảng bên dưới.

Vấn đề của quý vị là về quyền lợi Medicare hay quyền lợi Medicaid?

Nếu quý vị muốn được trợ giúp để quyết định xem vấn đề của quý vị liên quan đến quyền lợi Medicare hay quyền lợi Medicaid, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Hội viên.

Vấn đề của tôi liên quan đến các quyền lợi **Medicare**.

Đi tới phần tiếp theo của chương này, **Phần 4, Xử lý các vấn đề về các quyền lợi Medicare của quý vị**.

Vấn đề của tôi là về bảo hiểm **Medicaid**.

Bỏ qua đến **Phần 12** của chương này, **Xử lý các vấn đề về các quyền lợi Medicaid của quý vị**.

CÁC VẤN ĐỀ VỀ QUYỀN LỢI **MEDICARE** CỦA QUÝ VỊ

PHẦN 4 Xử lý các vấn đề về các quyền lợi **Medicare** của quý vị

Phần 4.1 Quý vị có nên sử dụng quy trình này cho quyết định bảo hiểm và kháng cáo không? Hoặc quý vị có nên sử dụng quy trình cho việc đưa ra phán nà không?

Nếu quý vị có một vấn đề hoặc lo ngại, quý vị chỉ cần đọc các phần của chương này áp dụng cho trường hợp của quý vị. Bảng dưới đây sẽ giúp quý vị tìm thấy mục phù hợp trong chương này để biết các vấn đề rắc rối hoặc khiếu nại về **quyền lợi được Medicare bảo hiểm**.

Để tìm ra phần nào của chương này sẽ giúp giải quyết vấn đề hoặc quan ngại của quý vị về các quyền lợi **Medicare** của quý vị, hãy sử dụng biểu đồ này:

Vấn đề hoặc lo ngại của quý vị là về quyền lợi hay bảo hiểm?

Vấn đề này bao gồm các vấn đề về việc liệu dịch vụ chăm sóc y tế (hạng mục y tế, dịch vụ và/hoặc thuốc theo toa Phần B) có được bảo hiểm hay không, cách thức chúng được bảo hiểm và các vấn đề liên quan đến thanh toán chi phí chăm sóc y tế.

Có.

Tiếp tục phần tiếp theo của chương này, **Phần 5, Hướng dẫn về những điều cơ bản của quyết định bảo hiểm và kháng cáo**.

Không.

Bỏ qua đến **Phần 11** vào cuối chương này: **Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các mối quan tâm khác**.

PHẦN 5 Hướng dẫn về những điều cơ bản của quyết định bảo hiểm và kháng cáo

Phần 5.1 Yêu cầu quyết định bảo hiểm và kháng cáo: bức tranh toàn cảnh

Quyết định bảo hiểm và kháng cáo giải quyết các vấn đề liên quan đến quyền lợi và phạm vi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị (dịch vụ, mặt hàng và thuốc theo toa Phần B, bao gồm cả thanh toán). Để đơn giản hóa vấn đề, chúng tôi thường gọi các mặt hàng y tế, dịch vụ và thuốc theo toa Medicare Phần B là **chăm sóc y tế**. Quý vị sử dụng quy trình kháng cáo và quyết định bảo hiểm cho các vấn đề như liệu một cái gì đó có được bảo hiểm hay không và cách mà cái đó được bảo hiểm.

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)**Yêu cầu quyết định bảo hiểm trước khi nhận quyền lợi**

Quyết định bảo hiểm là quyết định chúng tôi đưa ra về các quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ y tế của quý vị. Ví dụ: nếu bác sĩ trong mạng lưới chương trình của quý vị giới thiệu quý vị đến một chuyên gia y tế không thuộc mạng lưới, giới thiệu này được coi là một quyết định bảo hiểm thuận lợi trừ khi bác sĩ trong mạng lưới của quý vị có thể cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông báo từ chối tiêu chuẩn đối với chuyên gia y tế này, hoặc *Chứng từ bảo hiểm* làm rõ rằng dịch vụ được giới thiệu không bao giờ được bảo hiểm theo bất kỳ điều kiện nào. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên lạc với chúng tôi và yêu cầu một quyết định bảo hiểm nếu bác sĩ của quý vị không chắc chắn liệu chúng tôi có bảo hiểm một dịch vụ y tế cụ thể hay từ chối cung cấp chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng quý vị cần. Nói cách khác, nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có bảo hiểm một dịch vụ y tế trước khi quý vị nhận được nó hay không, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện một quyết định bảo hiểm cho quý vị. Trong số ít những trường hợp, yêu cầu quyết định bảo hiểm sẽ bị gạt bỏ, có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Ví dụ về trường hợp yêu cầu bị gạt bỏ: Yêu cầu không đầy đủ, ai đó yêu cầu thay cho 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 gạt bỏ một yêu cầu quyết định bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do yêu cầu bị gạt bỏ và cách yêu cầu xem xét lại việc gạt bỏ đó.

Chúng tôi ra quyết định bảo hiểm mỗi khi chúng tôi xác định được sẽ đài thọ gì cho quý vị và chúng tôi sẽ trả bao nhiêu. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định không bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc dịch vụ đó không còn được Medicare bảo hiểm cho quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm này, quý vị có thể đưa ra khiếu nại.

Đưa ra khiếu nại

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm và quý vị không hài lòng, dù trước hay sau khi quý vị nhận được, quý vị có thể kháng cáo quyết định đó. Khiếu nại là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi quyết định bảo hiểm chúng tôi đã đưa ra. Trong một số trường hợp, mà chúng ta sẽ thảo luận sau, quý vị có thể yêu cầu kháng cáo nhanh hoặc cấp tốc về quyết định bảo hiểm. Kháng cáo của quý vị được xử lý bởi những người đánh giá không phải những người đưa ra quyết định ban đầu.

Khi quý vị kháng cáo một quyết định lần đầu tiên, đây được gọi là kháng cáo Cấp độ 1. Trong 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 các quy tắc hay không. Sau khi xem xét xong, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị.

Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu kháng cáo Cấp 1 sẽ bị bác bỏ, có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Ví dụ về trường hợp yêu cầu bị gạt bỏ: Yêu cầu không đầy đủ, ai đó yêu cầu thay cho 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 từ chối yêu cầu kháng cáo Cấp độ 1, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu bị từ chối và cách yêu cầu xem xét lại việc từ chối.

Nếu chúng tôi từ chối tất cả hoặc một phần kháng cáo về chăm sóc y tế Cấp độ 1 của quý vị, kháng cáo của quý vị sẽ tự động chuyển sang kháng cáo Cấp độ 2 do tổ chức đánh giá độc lập không liên kết với chúng tôi thực hiện.

- Quý vị không cần phải làm gì để bắt đầu kháng cáo Cấp độ 2. Các quy định của Medicare yêu cầu chúng tôi tự động gửi kháng nghị về chăm sóc y tế của quý vị đến Cấp 2 nếu chúng tôi không đồng ý hoàn toàn với kháng nghị Cấp 1 của quý vị.
- Xem **Phần 6.4** của chương này để biết thêm thông tin về kháng cáo Cấp độ 2 về chăm sóc y tế.
- Các kháng cáo theo Phần D được thảo luận thêm trong Phần 7 của chương này.

Nếu quý vị không hài lòng với quyết định ở kháng cáo Cấp độ 2, quý vị có thể tiếp tục thông qua các cấp độ kháng cáo bổ sung (Phần 10 trong chương này giải thích các quy trình kháng cáo Cấp độ 3, 4 và 5).

Phần 5.2	Làm thế nào để nhận được trợ giúp khi quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo
----------	---

Dưới đây là các nguồn lực nếu quý vị quyết định yêu cầu bất kỳ loại quyết định bảo hiểm nào hoặc kháng cáo một quyết định:

- Quý vị **có thể gọi cho chúng tôi qua Dịch vụ Hội viên.**
- Quý vị **có thể nhận trợ giúp miễn phí** từ Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang.
- **Bác sĩ của quý vị có thể đưa ra yêu cầu cho quý vị.** Nếu bác sĩ của quý vị hỗ trợ kháng cáo vượt quá Cấp độ 2, quý vị sẽ cần chỉ định bác sĩ làm người đại diện. Vui lòng gọi Dịch vụ Hội viên và yêu cầu mẫu đơn *Chỉ định người đại diện*. (Mẫu đơn này cũng có sẵn trên trang web của Medicare tại www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
 - Đối với dịch vụ chăm sóc y tế, bác sĩ của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu một quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo Cấp độ 1. Nếu khiếu nại của quý vị bị từ chối ở Mức 1, nó sẽ được tự động gửi đến Mức 2.
 - Đối với thuốc theo toa Phần D, bác sĩ hoặc người kê toa của quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo Cấp độ 1 thay mặt cho quý vị. Nếu đơn kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị bị từ chối, bác sĩ hoặc người kê toa khác có thể yêu cầu kháng cáo Cấp độ 2.
- **Quý vị có thể yêu cầu một người nào đó thực hiện thay mặt quý vị.** Nếu quý vị muốn, quý vị có thể chỉ định người khác thực hiện thay cho quý vị với tư cách là **người đại diện** của quý vị để yêu cầu một quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo.
 - Nếu quý vị muốn một người bạn, người thân hoặc người khác làm người đại diện của quý vị, hãy gọi đến Dịch vụ Hội viên và yêu cầu mẫu đơn Chỉ định Người đại diện. (Mẫu đơn này cũng có sẵn trên trang web của Medicare tại www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.) Đơn này cho người đó quyền thực hiện thay mặt quý vị. Nó phải có chữ ký của quý vị và người quý vị muốn thực hiện thay mặt quý vị. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao của mẫu đơn đã ký.
 - Mặc dù chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu khiếu nại mà không cần mẫu, chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn tất việc xem xét của mình cho đến khi chúng tôi nhận được mẫu đó. Nếu chúng tôi không nhận được mẫu đơn trước thời hạn ra quyết định về đơn kháng cáo của quý vị, yêu cầu kháng cáo của quý vị sẽ bị bác bỏ. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích quyền của quý vị trong việc yêu cầu tổ chức đánh giá độc lập xem xét lại quyết định của chúng tôi về việc bác bỏ kháng cáo của quý vị.
- **Quý vị cũng có quyền thuê luật sư.** Quý vị có thể liên lạc với luật sư riêng của quý vị, hoặc lấy tên của một luật sư từ hiệp hội địa phương của quý vị hoặc các dịch vụ giới thiệu khác. Cũng có các nhóm sẽ cung cấp cho quý vị dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện. Tuy nhiên, **quý vị không cần thuê một luật sư** để yêu cầu bất kỳ quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo một quyết định nào.

Phần 5.3	Phần nào trong chương này cung cấp thông tin chi tiết về tình huống của quý vị?
----------	---

Có bốn tình huống khác nhau liên quan đến quyết định đài thọ và kháng cáo. Vì mỗi trường hợp có các quy tắc và thời hạn khác nhau, chúng tôi cung cấp các chi tiết cho mỗi trường hợp trong một phần riêng:

- **Phần 6** của chương này: Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc đưa ra khiếu nại

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- **Phần 7** của chương này: Thuốc theo toa Phần D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc đưa ra khiếu nại
- **Phần 8** của chương này: Làm thế nào để yêu cầu chúng tôi bảo hiểm cho nằm viện nội trú dài hơn nếu quý vị nghĩ rằng bác sĩ cho quý vị ra viện quá sớm
- **Phần 9** của chương này: Cách đề nghị chúng tôi tiếp tục bao trả cho một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của quý vị đang kết thúc quá sớm (*Chỉ áp dụng cho các dịch vụ sau: chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, và các dịch vụ Cơ Sở Phục Hồi Ngoại Trú Toàn Diện (CORF)*)

Nếu quý vị không chắc mình nên sử dụng phần nào, vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên. Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp hoặc thông tin từ các tổ chức chính phủ chẳng hạn như Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang.

PHẦN 6 Chăm sóc y tế của quý vị: Làm thế nào để yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo một quyết định bảo hiểm

Phần 6.1	Phần này hướng dẫn những việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề trong việc được bảo hiểm chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị đối với chi phí chăm sóc
----------	---

Phần này nói về các quyền lợi chăm sóc y tế của quý vị. Những quyền lợi này được mô tả trong Chương 4 của tài liệu này: *Biểu đồ quyền lợi y tế (những gì được bảo hiểm)*. Trong một số trường hợp, các quy tắc khác nhau được áp dụng cho yêu cầu về thuốc theo toa Phần B. Trong những trường hợp đó, chúng tôi sẽ giải thích sự khác biệt giữa các quy tắc đối với thuốc theo toa Phần B và các quy tắc đối với các mặt hàng và dịch vụ y tế.

Phần này cho quý vị biết có thể làm gì nếu quý vị đang ở trong bất kỳ tình huống nào trong năm tình huống sau đây:

1. Quý vị không nhận được một số chăm sóc y tế nhất định mà quý vị muốn và quý vị cho rằng chăm sóc này được chương trình của chúng tôi bảo hiểm. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**
2. Chương trình của chúng tôi sẽ không chấp nhận chăm sóc y tế mà bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp y tế khác muốn cung cấp cho quý vị, và quý vị cho rằng chăm sóc này được chương trình bảo hiểm. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**
3. Quý vị đã nhận được chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng nên được chương trình bảo hiểm, nhưng chúng tôi đã nói rằng chúng tôi sẽ không trả cho dịch vụ chăm sóc này. **Nộp đơn kháng cáo. Phần 6.3.**
4. Quý vị đã nhận được và thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị tin rằng nên được chương trình bảo hiểm, và quý vị muốn yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn trả cho quý vị cho dịch vụ chăm sóc này. **Gửi hóa đơn cho chúng tôi. Phần 6.5.**
5. Quý vị đang được thông báo rằng bảo hiểm y tế cho một số chăm sóc quý vị nhận được mà chúng tôi đã chấp thuận trước đó sẽ bị giảm bớt hoặc dừng lại, và quý vị cho rằng việc giảm hoặc ngừng chăm sóc này có thể gây tổn hại sức khỏe của quý vị. **Nộp đơn kháng cáo. Phần 6.3.**

Lưu ý: Nếu bảo hiểm sẽ bị ngưng là để chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ Cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF), quý vị cần đọc Phần 7 và 8 của Chương này. Các quy tắc đặc biệt áp dụng cho các loại chăm sóc này.

Phần 6.2

Từng bước một: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm

Thuật ngữ pháp lý

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

Một quyết định bảo hiểm nhanh được gọi là một **thẩm định nhanh**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn hay quyết định bảo hiểm nhanh.

Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thường được đưa ra trong vòng 14 ngày hoặc 72 giờ đối với thuốc Phần B. Quyết định bảo hiểm nhanh thường được đưa ra trong vòng 72 giờ đối với dịch vụ y tế và 24 giờ đối với thuốc Phần B. Để có được quyết định bảo hiểm nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị có thể *chỉ yêu cầu* bảo hiểm cho các mặt hàng và/hoặc dịch vụ y tế (không phải yêu cầu thanh toán cho các mặt hàng và/hoặc dịch vụ đã nhận).
- Quý vị có thể nhận được quyết định bảo hiểm nhanh *chỉ* khi sử dụng thời hạn chuẩn có thể *gây hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc làm tổn hại đến khả năng hoạt động của quý vị*.
- **Nếu bác sĩ của quý vị nói với chúng tôi rằng sức khỏe của quý vị đòi hỏi một quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động đồng ý cho quý vị một quyết định bảo hiểm nhanh.**
- **Nếu quý vị tự yêu cầu một quyết định bảo hiểm nhanh mà không cần bác sĩ hỗ trợ, chúng tôi sẽ xác định xem liệu sức khỏe của quý vị có cần một quyết định bảo hiểm nhanh hay không.** Nếu chúng tôi không chấp thuận một quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị với nội dung:
 - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn
 - Giải thích nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị.
 - Giải thích rằng quý vị có thể nộp đơn khiếu nại nhanh về quyết định đưa ra quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn của chúng tôi cho quý vị thay vì quyết định bảo hiểm nhanh mà quý vị đã yêu cầu

Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc quyết định bảo hiểm nhanh.

- Bắt đầu bằng cách gọi điện thoại, văn bản, hoặc fax cho chương trình của chúng tôi để đưa ra yêu cầu của quý vị cho chúng tôi để cho phép và cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc đại diện của quý vị có thể làm điều này. Chương 2 có thông tin liên lạc.

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Bước 3: Chúng tôi xem xét các yêu cầu bảo hiểm dịch vụ chăm sóc y tế và cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

Đối với các quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn, chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.

Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 14 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **cho một sản phẩm hoặc dịch vụ y tế**. Nếu yêu cầu của quý vị là cho một **Thuốc theo toa của Medicare Phần B**, chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

- **Tuy nhiên**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể mất thêm 14 ngày dương lịch nữa** nếu yêu cầu của quý vị là về sản phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B.
- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi *không* cần mất thêm vài ngày, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại nhanh. Chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị ngay sau khi chúng tôi đưa ra quyết định. (Quy trình để đưa ra phàn nàn khác với quy trình ra quyết định bảo hiểm và khiếu nại. Xem Phần 11 của chương này để biết thông tin về khiếu nại.)

Đối với các quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sử dụng khung thời gian cấp tốc.

Quyết định bảo hiểm nhanh có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 72 giờ nếu yêu cầu của quý vị là về sản phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B, chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 24 giờ.

- **Tuy nhiên**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể mất thêm 14 ngày dương lịch nữa**. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B.
- Nếu quý vị tin rằng chúng tôi *không* cần mất thêm vài ngày, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại nhanh. (Xem Phần 11 của chương này để biết thông tin về khiếu nại.) Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra các quyết định.
- **Nếu chúng tôi không đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi đến quý vị một bản tường trình bằng văn bản giải thích tại sao chúng tôi không đồng ý.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bảo hiểm chăm sóc y tế của quý vị, quý vị có thể kháng cáo.

- Nếu chúng tôi nói không, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách kháng cáo. Điều này có nghĩa là quý vị yêu cầu lại để nhận được bảo hiểm chăm sóc y tế quý vị muốn. Nếu quý vị kháng cáo, điều này có nghĩa là quý vị đang chuyển sang Cấp độ 1 của quy trình kháng cáo.

Phần 6.3

Từng bước một: Làm thế nào để kháng cáo cấp độ 1

Thuật ngữ pháp lý

Khiếu nại chương trình về quyết định bảo hiểm dịch vụ chăm sóc y tế được gọi là **xem xét lại**.

Khiếu nại nhanh cũng được gọi là **xem xét cấp tốc**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị có cần kháng cáo tiêu chuẩn hay kháng cáo nhanh hay không.

Kháng cáo tiêu chuẩn thường được thực hiện trong vòng 30 ngày dương lịch hoặc 7 ngày dương lịch đối với thuốc Phần B. Một kháng cáo nhanh thường được thực hiện trong vòng 72 giờ.

- Nếu quý vị đang kháng cáo một quyết định do chúng tôi đưa ra về bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị sẽ cần quyết định xem quý vị có cần kháng cáo nhanh hay không. Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị yêu cầu kháng cáo nhanh, chúng tôi sẽ cung cấp kháng cáo nhanh cho quý vị.
- Các yêu cầu để có được một kháng cáo nhanh cũng giống như các yêu cầu để có được một quyết định bảo hiểm nhanh trong Phần 6.2 của chương này.

Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi cho kháng cáo hoặc kháng cáo nhanh

- **Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo tiêu chuẩn, hãy gửi kháng cáo tiêu chuẩn của quý vị bằng văn bản.** Chương 2 có thông tin liên lạc.
- **Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo nhanh, hãy kháng cáo bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi.** Chương 2 có thông tin liên lạc.
- **Quý vị phải gửi yêu cầu kháng cáo trong vòng 65 ngày dương lịch** kể từ ngày ghi trên thông báo bằng văn bản mà chúng tôi gửi để thông báo cho quý vị câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng, hãy giải thích lý do kháng cáo của quý vị bị trễ khi quý vị nộp đơn kháng cáo. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để khiếu nại. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm một căn bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không thể liên hệ với chúng tôi hoặc nếu chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng cáo.
- **Quý vị có thể yêu cầu bản sao thông tin liên quan đến quyết định y tế của mình. Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể bổ sung thêm thông tin để hỗ trợ kháng cáo của quý vị.**

Bước 3: Chúng tôi xem xét kháng cáo của quý vị và cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

- Khi xem xét kháng cáo của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin. Chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi có tuân theo tất cả các quy tắc khi thông báo là không đối với yêu cầu của quý vị hay không.
- Chúng tôi sẽ thu thập thêm thông tin nếu cần, có thể liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị.

Thời hạn kháng cáo nhanh

- Để kháng cáo nhanh, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.** Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi phải làm như vậy.
 - Nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi có thể mất thêm 14 ngày dương lịch nữa nếu yêu cầu của quý vị là về sản phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể mất thêm thời gian nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B.
 - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ (hoặc vào cuối thời gian giả hạn nếu chúng tôi mất thêm nhiều ngày), chúng tôi sẽ phải tự động chuyển yêu cầu của quý vị đến Cấp độ 2 của quy trình kháng cáo, tại đó yêu cầu của quý vị sẽ được một tổ chức đánh giá độc lập xem xét. Phần 6.4 giải thích quy trình kháng cáo Cấp độ 2.

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải ủy quyền hoặc cung cấp phạm vi bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị quyết định của chúng tôi bằng văn bản và tự động chuyển đơn kháng cáo của quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập để kháng cáo Cấp độ 2. Tổ chức đánh giá độc lập sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

Thời hạn của kháng cáo tiêu chuẩn

- Đối với các khiếu nại tiêu chuẩn, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 30 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B mà quý vị chưa nhận được, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 7 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết quyết định của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi phải làm thế.
 - Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, chúng tôi có thể mất thêm 14 ngày dương lịch nữa nếu yêu cầu của quý vị là về sản phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể mất thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B.
 - Nếu quý vị tin rằng chúng tôi không cần mất thêm vài ngày, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại nhanh. Khi quý vị nộp một phần nài nhanh, chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời cho phần nài của quý vị trong vòng 24 giờ. (Xem Phần 11 của chương này để biết thông tin về khiếu nại.)
 - Nếu chúng tôi không đưa ra câu trả lời cho quý vị trước hạn chót (hoặc khi kết thúc khoảng thời gian gia hạn), chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị tới kháng cáo Cấp độ 2, khi đó một tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét kháng cáo. Mục 6.4 giải thích quy trình kháng cáo Cấp độ 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp phạm vi bảo hiểm trong vòng 30 ngày dương lịch nếu yêu cầu của quý vị là về một mặt hàng hoặc dịch vụ y tế, hoặc **trong vòng 7 ngày dương lịch** nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B.

Nếu chương trình của chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ tự động gửi khiếu nại của quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập để khiếu nại Cấp độ 2.

Phần 6.4

Từng bước một: Cách thực hiện kháng cáo Cấp độ 2

Thuật ngữ Pháp lý

Tên chính thức của tổ chức đánh giá độc lập là **Cơ quan Đánh giá Độc lập**. Đôi khi nó được gọi là **IRE**.

Tổ chức đánh giá độc lập là tổ chức độc lập do Medicare thuê. Tổ chức này không liên quan gì tới chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định liệu quyết định mà chúng tôi đưa ra có đúng hay không hoặc liệu quyết định đó có cần được thay đổi hay không. Medicare giám sát công việc của tổ chức đó.

Bước 1: Tổ chức đánh giá độc lập xem xét khiếu nại của quý vị.

- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về khiếu nại của quý vị đến tổ chức này. Thông tin này được gọi là hồ sơ trường hợp của quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị.**
- Quý vị có quyền cung cấp cho tổ chức đánh giá độc lập thông tin bổ sung để hỗ trợ cho kháng cáo của mình.
- Những người đánh giá tại tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.

Nếu quý vị đã kháng cáo nhanh ở Cấp độ 1, quý vị cũng sẽ có kháng cáo nhanh ở Cấp độ 2.

- Đối với kháng cáo nhanh, tổ chức xem xét phải trả lời kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị là về một mặt hàng hoặc dịch vụ y tế và tổ chức đánh giá độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **có thể mất thêm 14 ngày dương lịch nữa.** Tổ chức đánh giá độc lập này không thể lấy thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc kê toa Medicare Phần B.

Nếu quý vị có kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp độ 1, quý vị cũng sẽ có đơn kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp độ 2.

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn nếu yêu cầu của quý vị là về một mặt hàng hoặc dịch vụ y tế, tổ chức xem xét phải trả lời cho kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày dương lịch** khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B, tổ chức xem xét phải trả lời cho kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị là về một mặt hàng hoặc dịch vụ y tế và tổ chức đánh giá độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **có thể mất thêm 14 ngày dương lịch nữa.** Tổ chức đánh giá độc lập này không thể lấy thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc kê toa Medicare Phần B.

Bước 2: Tổ chức đánh giá độc lập cung cấp cho quý vị câu trả lời của họ.

Tổ chức xét duyệt độc lập sẽ cho quý vị biết quyết định của họ bằng văn bản và giải thích lý do đưa ra quyết định đó.

- **Nếu tổ chức đánh giá độc lập trả lời đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về một mặt hàng hoặc dịch vụ y tế,** chúng tôi phải cho phép bảo hiểm chăm sóc y tế **trong vòng 72 giờ** hoặc cung cấp dịch vụ **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức đánh giá độc lập về các yêu cầu tiêu chuẩn hoặc cung cấp dịch vụ **trong vòng 72 giờ** kể từ ngày chương trình nhận được quyết định của tổ chức đánh giá độc lập đối với **yêu cầu cấp tốc.**
- **Nếu tổ chức đánh giá độc lập trả lời đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về thuốc theo toa Medicare Phần B,** chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc theo toa Medicare Phần B **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức đánh giá độc lập đối với **yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc **trong vòng 24 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức đánh giá độc lập đối với **yêu cầu nhanh.**

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

- **Nếu tổ chức này từ chối một phần hoặc toàn bộ đơn kháng cáo của quý vị**, điều này có nghĩa là họ đồng ý với kế hoạch của chúng tôi rằng yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) về việc bảo hiểm chăm sóc y tế sẽ không được chấp thuận. (Đây được gọi là giữ nguyên quyết định hay từ chối kháng cáo của quý vị.) Trong trường hợp này, tổ chức đánh giá độc lập sẽ gửi thư cho quý vị:
 - Giải thích quyết định của mình.
 - Thông báo cho quý vị về quyền kháng cáo Cấp độ 3 nếu giá trị đồng đô la của bảo hiểm chăm sóc y tế mà quý vị đang yêu cầu đáp ứng một mức tối thiểu nhất định. Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được từ tổ chức đánh giá độc lập sẽ cho quý vị biết số tiền quý vị phải đáp ứng để tiếp tục quy trình kháng cáo.
 - Cho quý vị biết cách nộp đơn kháng cáo Cấp độ 3.

Bước 3: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng yêu cầu, quý vị quyết định xem có muốn kháng cáo ở mức cao hơn hay không.

- Có ba mức bổ sung trong quy trình khiếu nại sau Mức 2 (cho tổng cộng năm mức khiếu nại). Nếu quý vị muốn đến Cấp 3 kháng nghị, chi tiết về cách thực hiện việc này là trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau khi quý vị kháng nghị Cấp 2.
- Kháng cáo Cấp độ 3 được xử lý bởi Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử. Phần 10 trong chương này giải thích các quy trình kháng cáo Cấp độ 3, 4 và 5.

Phần 6.5 Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại cho hóa đơn chi phí chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận thì sao?

Chúng tôi không thể bồi hoàn trực tiếp cho quý vị cho dịch vụ hoặc hạng Medicaid. Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho các dịch vụ và mặt hàng được Medicaid chi trả, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. **Quý vị đừng tự trả hóa đơn.** Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề. Nhưng nếu quý vị đã thanh toán hoá đơn, quý vị có thể được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó hoàn trả nếu quý vị tuân thủ các quy tắc nhận dịch vụ hoặc hạng mục.

Yêu cầu hoàn trả là yêu cầu một quyết định bảo hiểm từ phía chúng tôi

Nếu quý vị gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu bồi hoàn, quý vị đang yêu cầu một quyết định bảo hiểm. Để đưa ra quyết định này, chúng tôi sẽ kiểm tra xem dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã thanh toán có phải là dịch vụ được đài thọ hay không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân thủ mọi quy tắc về sử dụng bảo hiểm y tế hay không.

Nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị đối với dịch vụ hay mặt hàng **Medicare** hoặc quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho dịch vụ hoặc mặt hàng Medicaid mà quý vị đã thanh toán, quý vị sẽ yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm này. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã trả tiền có phải là dịch vụ được bảo hiểm hay không (xem Chương 4, *Biểu Đồ Quyền Lợi Y Tế (những gì được bao trả)*). Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân thủ tất cả các quy tắc sử dụng bảo hiểm y tế của mình hay không (các quy tắc này được nêu trong Chương 3 của tập sách này, *Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ y tế và các dịch vụ được bảo hiểm khác của quý vị*).

- **Nếu chúng tôi đồng ý với yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế được bảo hiểm chi trả và quý vị tuân thủ mọi quy định, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản thanh toán chi phí thường là trong vòng 30 ngày dương lịch, nhưng không quá 60 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị chưa thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc y tế, chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán trực tiếp đến nhà cung cấp.

- **Nếu chúng tôi không đồng ý với yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế không được bảo hiểm chi trả hoặc quý vị không tuân thủ mọi quy định, chúng tôi sẽ không gửi thanh toán. Thay vào đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư nêu rõ chúng tôi sẽ không thanh toán chi phí chăm sóc y tế và lý do tại sao.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định từ chối của chúng tôi, **quý vị có thể kháng cáo.** Nếu quý vị kháng cáo, nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị.

Để thực hiện kháng cáo này, hãy làm theo quy trình kháng cáo mà chúng tôi mô tả trong Phần 6.3. Đối với các kháng cáo liên quan đến việc bồi hoàn, xin lưu ý:

- Chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được kháng cáo của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi bồi hoàn chi phí dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận và đã thanh toán, thì quý vị không được phép yêu cầu kháng cáo nhanh.
- Nếu tổ chức đánh giá độc lập quyết định rằng chúng tôi cần phải thanh toán, chúng tôi phải gửi cho quý vị hoặc nhà cung cấp khoản thanh toán trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu câu trả lời cho khiếu nại của quý vị là có, tại bất kỳ giai đoạn nào sau Mức 2 của quy trình khiếu nại, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán mà quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc nhà cung cấp trong vòng 60 ngày theo lịch.

PHẦN 7 Thuốc theo toa Phần D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc đưa ra khiếu nại

Phần 7.1 Phần này cho quý vị biết phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề khi nhận thuốc Phần D hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị khi mua thuốc Phần D

Quyền lợi của quý vị bao gồm bảo hiểm cho nhiều loại thuốc theo toa. Để được bảo hiểm, thuốc của quý vị phải được dùng cho các chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. (Xem Chương 5 để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa.) Để biết thông tin chi tiết về thuốc Phần D, các quy tắc, hạn chế và chi phí, vui lòng xem Chương 5. **Phần này chỉ nói về thuốc Phần D của quý vị.** Để đơn giản, chúng tôi thường nói *thuốc* trong phần còn lại của phần này, thay vì lặp lại *thuốc theo toa ngoại trú được bảo hiểm hoặc thuốc Phần D* mỗi lần. Chúng tôi cũng sử dụng thuật ngữ Danh sách thuốc thay vì *Danh sách thuốc được bảo hiểm* hoặc *Danh mục thuốc*.

- Nếu quý vị không biết liệu một loại thuốc có được bao trả hay không hoặc liệu quý vị có đáp ứng các quy tắc hay không, quý vị có thể hỏi chúng tôi. Một số loại thuốc yêu cầu quý vị phải được chúng tôi chấp thuận trước khi chúng tôi đài thọ.
- Nếu nhà thuốc của quý vị cho quý vị biết rằng đơn thuốc của quý vị không thể mua như đã kê, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản giải thích làm thế nào liên lạc với chúng tôi để yêu cầu đưa ra một quyết định bảo hiểm.

Quyết định bảo hiểm và kháng cáo Phần D

Thuật ngữ Pháp lý

Quyết định bảo hiểm ban đầu về thuốc Phần D của quý vị được gọi là **quyết định bảo hiểm.**

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Quyết định bảo hiểm là quyết định chúng tôi đưa ra về các quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ trả cho thuốc của quý vị. Phần này cho biết quý vị có thể làm gì nếu rơi vào bất kỳ trường hợp nào sau đây:

- Yêu cầu chi trả cho một loại thuốc Phần D không có trong *Danh sách thuốc được bao trả của chương trình*. **Yêu cầu ngoại lệ. Phần 7.2**
- Đề nghị miễn trừ giới hạn đối với bảo hiểm của chương trình đối với một loại thuốc (chẳng hạn như giới hạn lượng thuốc quý vị có thể nhận được) **Yêu cầu ngoại lệ. Phần 7.2**
- Yêu cầu được chấp thuận trước cho một loại thuốc. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 7.4**
- Trả tiền cho một loại thuốc theo toa quý vị đã mua. **Yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. Phần 7.4**

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã ra, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Phần này cho quý vị biết làm thế nào để yêu cầu các quyết định bảo hiểm và làm thế nào để yêu cầu khiếu nại.

Phần 7.2 Ngoại lệ là gì?

Thuật ngữ pháp lý	
	Yêu cầu bảo hiểm cho một loại thuốc không có trong Danh sách thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu ngoại lệ danh mục thuốc .
	Yêu cầu bỏ hạn chế về bảo hiểm cho một loại thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu đưa ra ngoại lệ về danh mục thuốc .
	Yêu cầu trả giá thấp hơn cho một loại thuốc không ưu tiên được bảo hiểm đôi khi được gọi là yêu cầu ngoại lệ phân bậc .

Nếu một loại thuốc không được bảo hiểm theo cách quý vị muốn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện **ngoại lệ**. Ngoại lệ là một loại quyết định bảo hiểm.

Để chúng tôi xem xét yêu cầu ngoại lệ của quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác sẽ cần giải thích lý do y tế tại sao quý vị cần chấp thuận ngoại lệ. Dưới đây là hai ví dụ về các ngoại lệ mà quý vị hay bác sĩ hoặc bác sĩ kê đơn khác của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi tạo ra:

1. **Bao trả cho quý vị một loại thuốc Phần D không có trong Danh sách Thuốc của chúng tôi.** Quý vị không thể yêu cầu ngoại lệ đối với số tiền chia sẻ chi phí chúng tôi yêu cầu quý vị phải thanh toán cho thuốc.
2. **Bỏ hạn chế về bảo hiểm của chúng tôi cho một loại thuốc được bảo hiểm.** Chương 5 mô tả các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc trong Danh mục thuốc của chúng tôi.

Phần 7.3 Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu ngoại lệ

Bác sĩ của quý vị phải cho chúng tôi biết các lý do y tế

Bác sĩ hoặc bác sĩ kê đơn khác của quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản tường trình giải thích các lý do y tế về việc yêu cầu một ngoại lệ. Để có được một quyết định nhanh chóng hơn, bao gồm thông tin y tế này từ bác sĩ hoặc bác sĩ kê đơn khác của quý vị khi quý vị yêu cầu một ngoại lệ.

Danh sách Thuốc của chúng tôi thường có nhiều loại thuốc trị cùng một loại bệnh cụ thể. Những khả năng khác nhau này được gọi là thuốc **thay thế**. Nếu một loại thuốc thay thế có hiệu quả tương đương với loại thuốc quý vị yêu cầu và không gây ra nhiều tác dụng phụ hoặc các vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường sẽ *không* chấp thuận yêu cầu ngoại lệ của quý vị.

Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý yêu cầu của quý vị

- Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu của quý vị cho một ngoại lệ, thì phê duyệt của chúng tôi thường có hiệu lực đến cuối năm chương trình. Ngoại lệ này sẽ vẫn được duy trì nếu bác sĩ của quý vị vẫn tiếp tục kê thuốc đó cho quý vị và thuốc đó vẫn tiếp tục an toàn và có hiệu quả điều trị bệnh của quý vị.
- Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị, quý vị có thể yêu cầu xem xét lại bằng cách kháng cáo.

Phần 7.4 Từng bước một: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm ngoại lệ

Thuật ngữ Pháp lý

“Quyết định bảo hiểm nhanh” được gọi là **xác định bảo hiểm cấp tốc**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn hay quyết định bảo hiểm nhanh.

Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn được thực hiện trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được báo cáo của bác sĩ. **Quyết định bảo hiểm nhanh** được thực hiện trong vòng **24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được báo cáo của bác sĩ.

Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh. Để có được một quyết định bảo hiểm nhanh chóng, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị phải yêu cầu một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh để được hoàn lại tiền cho loại thuốc quý vị đã mua.)
- Sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể gây hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị hoặc ảnh hưởng đến khả năng hoạt động của quý vị.
- **Nếu bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị cần một quyết định bảo hiểm nhanh, thì chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh.**
- **Nếu quý vị tự yêu cầu một quyết định bảo hiểm nhanh, mà không cần bác sĩ hoặc bác sĩ kê đơn hỗ trợ, chúng tôi sẽ xác định xem liệu sức khỏe của quý vị có cần một quyết định bảo hiểm nhanh hay không.** Nếu chúng tôi không chấp thuận một quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị với nội dung:
 - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.
 - Giải thích nếu bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị.
 - Cho quý vị biết cách quý vị có thể nộp đơn khiếu nại nhanh về quyết định đưa ra quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn của chúng tôi cho quý vị thay vì quyết định bảo hiểm nhanh mà quý vị đã yêu cầu. Chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được.

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Bước 2: Yêu cầu một quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn hoặc quyết định bảo hiểm nhanh.

Bắt đầu bằng cách gọi điện thoại, văn bản, hoặc fax cho chương trình của chúng tôi để đưa ra yêu cầu của quý vị cho chúng tôi để cho phép và cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị cũng có thể tiếp cận quy trình quyết định bảo hiểm thông qua trang web của chúng tôi. Chúng tôi phải chấp nhận bất kỳ yêu cầu bằng văn bản nào, bao gồm cả yêu cầu được gửi trên *Biểu Mẫu Yêu Cầu Xác Định Bảo Hiểm Mô Hình CMS*, có sẵn trên trang web của chúng tôi (<https://www.aetnabetterhealth.com/virginia-hmosnp/members/hmo-snp/rxdrugs>). Chương 2 có thông tin liên lạc. Để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị, vui lòng đảm bảo điền tên, thông tin liên hệ và thông tin xác định kháng cáo cho yêu cầu bị từ chối nào.

Quý vị, bác sĩ của quý vị, (hoặc người kê đơn khác) hoặc người đại diện của quý vị có thể làm việc này. Quý vị cũng có thể nhờ luật sư thực hiện thay mặt quý vị. Phần 4 của chương này nói về cách quý vị có thể cho phép bằng văn bản cho người khác hành động với tư cách là người đại diện của quý vị.

- **Nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ, hãy cung cấp tuyên bố hỗ trợ**, đó là lý do y khoa cho trường hợp ngoại lệ. Bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác có thể fax hoặc gửi bằng thư bản tường trình này đến chúng tôi. Hoặc bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác có thể báo cho chúng tôi qua điện thoại và sau đó gửi bằng fax hoặc bằng thư một bản tường trình bằng văn bản nếu cần thiết.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị và cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

Hạn chót cho quyết định “bảo hiểm khẩn”

- Chúng tôi thường phải đưa ra câu trả lời cho quý vị **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Đối với các trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được tuyên bố hỗ trợ từ bác sĩ. Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi phải làm như vậy.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị đến quy trình kháng cáo Cấp độ 2, khi đó yêu cầu này sẽ được xem xét bởi một tổ chức đánh giá độc lập.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp phạm vi bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ hỗ trợ cho yêu cầu của quý vị.
- **Nếu chúng tôi không đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi đến quý vị một bản tường trình bằng văn bản giải thích tại sao chúng tôi không đồng ý. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách kháng cáo.

Các thời hạn cho một quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Chúng tôi thường phải đưa ra câu trả lời cho quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Đối với các trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được tuyên bố hỗ trợ từ bác sĩ. Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời của chúng tôi sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi phải làm như vậy.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị đến quy trình kháng cáo Cấp độ 2, khi đó yêu cầu này sẽ được xem xét bởi một tổ chức đánh giá độc lập.

- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng ta phải **cung cấp phạm vi bảo hiểm** chúng tôi đã đồng ý cung cấp **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc giấy xác nhận của bác sĩ hỗ trợ cho yêu cầu của quý vị.
- **Nếu chúng tôi không đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi đến quý vị một bản tường trình bằng văn bản giải thích tại sao chúng tôi không đồng ý. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách kháng cáo.

Hạn chót cho “quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn” về việc thanh toán cho loại thuốc quý vị đã mua

- Chúng tôi phải đưa cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị đến quy trình kháng cáo Cấp độ 2, khi đó yêu cầu này sẽ được xem xét bởi một tổ chức đánh giá độc lập.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi cũng có nghĩa vụ thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- **Nếu chúng tôi không đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi đến quý vị một bản tường trình bằng văn bản giải thích tại sao chúng tôi không đồng ý. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách kháng cáo.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bảo hiểm của quý vị, quý vị có thể kháng cáo.

- Nếu chúng tôi nói không, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách kháng cáo. Điều này có nghĩa là quý vị yêu cầu lại để nhận được bảo hiểm thuốc quý vị muốn. Nếu quý vị kháng cáo, điều này có nghĩa là quý vị đang chuyển sang Cấp độ 1 của quy trình kháng cáo.

Phần 7.5

Từng bước một: Làm thế nào để kháng cáo cấp độ 1

Thuật ngữ pháp lý

Một kháng cáo lên chương trình về quyết định bảo hiểm thuốc Phần D được gọi là **xác định lại** của chương trình.

Một kháng cáo nhanh cũng được gọi là **xác định lại cấp tốc**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần kháng cáo tiêu chuẩn hay kháng cáo nhanh.

Một kháng cáo tiêu chuẩn thường được thực hiện trong vòng 7 ngày dương lịch. Một kháng cáo nhanh thường được thực hiện trong vòng 72 giờ. Nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu, hãy yêu cầu kháng cáo nhanh.

- Nếu quý vị đang kháng cáo một quyết định do chương trình của chúng tôi đưa ra về loại thuốc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác sẽ cần phải quyết định xem quý vị có cần kháng cáo nhanh hay không.
- Các yêu cầu để được kháng cáo nhanh cũng giống như những yêu cầu để nhận được quyết định bảo hiểm nhanh trong Phần 6.4 của chương này.

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Bước 2: Quý vị, người đại diện, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải liên hệ với chúng tôi và đưa ra kháng cáo Cấp độ 1. Nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi sự phản hồi nhanh, quý vị phải yêu cầu kháng cáo nhanh.

- **Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, hãy gửi yêu cầu bằng văn bản.** Chương 2 có thông tin liên lạc.
- **Để kháng cáo nhanh, hãy nộp đơn kháng cáo của quý vị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi theo số 1-855-463-0933.** Chương 2 có thông tin liên lạc.
- **Chúng tôi phải chấp nhận bất kỳ yêu cầu bằng văn bản nào,** bao gồm một yêu cầu được gửi trên *Biểu Mẫu Yêu Cầu Xác Định Bảo Hiểm Mô Hình CMS*, có sẵn trên trang web của chúng tôi (<https://www.aetna.com/medicare/contact-us/appeals-grievances.html>). Vui lòng đảm bảo điền tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị.
- **Quý vị phải gửi yêu cầu kháng cáo trong vòng 65 ngày dương lịch** kể từ ngày ghi trên thông báo bằng văn bản mà chúng tôi gửi để thông báo cho quý vị câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng, hãy giải thích lý do kháng cáo của quý vị bị trễ khi quý vị nộp đơn kháng cáo. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để khiếu nại. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm một căn bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không thể liên hệ với chúng tôi hoặc nếu chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng cáo.
- **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao các thông tin trong khiếu nại của quý vị và điền thêm thông tin vào.** Quý vị và bác sĩ có thể bổ sung thêm thông tin để hỗ trợ cho đơn kháng cáo của mình.

Bước 3: Chúng tôi xem xét kháng cáo của quý vị và cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

- Khi chúng tôi đang xem xét khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét kỹ lại tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị. Chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi có tuân theo tất cả các quy tắc khi thông báo là không đối với yêu cầu của quý vị hay không. Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị hoặc với bác sĩ của quý vị hoặc bác sĩ kê đơn khác để có thêm thông tin.

Thời hạn kháng cáo nhanh

- Để kháng cáo nhanh, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.** Chúng tôi sẽ cho quý vị câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi phải làm như vậy.
 - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi sẽ phải chuyển yêu cầu của quý vị đến Cấp độ 2 của quy trình kháng cáo, tại đó yêu cầu của quý vị sẽ được một tổ chức đánh giá độc lập xem xét. Phần 6.4 giải thích quy trình kháng cáo Cấp độ 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi phải cung cấp phạm vi bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là không đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tuyên bố bằng văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối và cách quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Thời hạn kháng cáo tiêu chuẩn cho một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Đối với các khiếu nại tiêu chuẩn, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 7 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị quyết định của chúng tôi sớm hơn nếu quý vị chưa nhận được thuốc và điều kiện sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi phải làm như vậy.

- Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch, thì chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên quy trình kháng cáo Cấp độ 2, ở đó yêu cầu sẽ được xem xét bởi một tổ chức đánh giá độc lập. Phần 7.6 giải thích quy trình kháng cáo Cấp độ 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp phạm vi bảo hiểm nhanh nhất có thể theo yêu cầu của sức khỏe quý vị, nhưng không muộn hơn **7 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn kháng cáo của quý vị. **Nếu chúng tôi không đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi đến quý vị một bản tường trình bằng văn bản giải thích tại sao chúng tôi không đồng ý và cách quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Thời hạn kháng cáo tiêu chuẩn về thanh toán cho một loại thuốc mà quý vị đã mua

- Chúng tôi phải đưa cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 14 ngày dương 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 phải gửi yêu cầu của quý vị đến Cấp độ 2 của quy trình kháng cáo, nơi yêu cầu của quý vị sẽ được một tổ chức đánh giá độc lập xem xét.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi cũng có nghĩa vụ phải gửi thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày dương lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.
- **Nếu chúng tôi không đồng ý với một phần hoặc tất cả những gì quý vị đã yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi đến quý vị một bản tường trình bằng văn bản giải thích tại sao chúng tôi không đồng ý. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách kháng cáo.

Bước 4: Nếu chúng tôi nói không với của quý vị, quý vị sẽ quyết định có muốn tiếp tục quy trình kháng cáo và đưa ra *một* kháng cáo khác hay không.

- Nếu quý vị quyết định thực hiện một kháng cáo khác, điều đó có nghĩa là kháng cáo của quý vị sẽ chuyển sang quy trình kháng cáo Cấp độ 2.

Phần 7.6	Từng bước một: Làm thế nào để kháng cáo Cấp độ 2
----------	--

Thuật ngữ Pháp lý

Tên chính thức của tổ chức đánh giá độc lập là **Cơ quan Đánh giá Độc lập**. Đôi khi nó được gọi là **IRE**.

Tổ chức đánh giá độc lập là tổ chức độc lập do Medicare thuê. Tổ chức này không có liên hệ với chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định liệu quyết định mà chúng tôi đưa ra có đúng hay không hoặc liệu quyết định đó có cần được thay đổi hay không. Medicare giám sát công việc của tổ chức đó.

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)**Bước 1: Quý vị (hoặc người đại diện của quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê đơn khác) phải liên hệ với tổ chức đánh giá độc lập và yêu cầu xem xét trường hợp của quý vị.**

- Nếu chúng tôi từ chối kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị, thông báo bằng văn bản mà chúng tôi gửi cho quý vị sẽ bao gồm **hướng dẫn cách thực hiện kháng cáo Cấp độ 2** với tổ chức đánh giá độc lập. Những hướng dẫn này sẽ cho biết ai có thể khiếu nại Cấp độ 2 này, thời hạn nào quý vị phải tuân theo và cách liên hệ với tổ chức đánh giá. Tuy nhiên, nếu chúng tôi đã không hoàn thành việc xem xét trong khung thời gian áp dụng, hoặc đưa ra quyết định không thuận lợi về việc xác định **rủi ro** trong chương trình kiểm soát thuốc của chúng tôi, chúng tôi sẽ tự động chuyển tiếp yêu cầu của quý vị đến IRE.
- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về khiếu nại của quý vị đến tổ chức này. Thông tin này được gọi là **hồ sơ trường hợp** của quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao hồ sơ trường hợp của quý vị.**
- Quý vị có quyền cung cấp cho tổ chức đánh giá độc lập thông tin bổ sung để hỗ trợ kháng cáo của mình.

Bước 2: Tổ chức đánh giá độc lập xem xét kháng cáo của quý vị

Những người đánh giá tại tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.

Thời hạn kháng cáo nhanh

- Nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu, hãy đề nghị kháng cáo nhanh từ tổ chức đánh giá độc lập.
- Nếu tổ chức đánh giá đồng ý cho quý vị kháng cáo nhanh, tổ chức đánh giá phải trả lời cho kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị.

Thời hạn kháng cáo tiêu chuẩn

- Đối với các kháng cáo tiêu chuẩn, tổ chức đánh giá phải trả lời cho kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** sau khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị nếu đó là đơn thuốc mà quý vị chưa nhận được. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho loại thuốc quý vị đã mua, tổ chức đánh giá phải trả lời cho đơn kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.

Bước 3: Tổ chức đánh giá độc lập cung cấp cho quý vị câu trả lời của họ.***Đối với kháng nghị khẩn:***

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập trả lời đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải cung cấp phạm vi bảo hiểm thuốc đã được tổ chức đánh giá chấp thuận **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá.

Đối với các kháng cáo tiêu chuẩn:

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu bảo hiểm của quý vị, chúng ta phải **cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được tổ chức đánh giá chấp thuận **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá.
- Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu hoàn trả tiền cho quý vị đối với một loại thuốc quý vị đã mua, chúng tôi được yêu cầu **gửi thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định từ tổ chức đánh giá.

Điều gì ra nếu tổ chức xem xét không đồng ý với khiếu nại của quý vị?

Nếu tổ chức này từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi là không chấp thuận yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị). (Điều này được gọi là **giữ nguyên quyết định**. Nó cũng được gọi là **từ chối kháng cáo của quý vị**.) Trong trường hợp này, tổ chức đánh giá độc lập sẽ gửi thư cho quý vị:

- Giải thích quyết định của mình.
- Thông báo cho quý vị về quyền kháng cáo Cấp độ 3 nếu giá trị đồng đô la của bảo hiểm thuốc mà quý vị đang yêu cầu đáp ứng một mức tối thiểu nhất định. Nếu giá trị bảo hiểm thuốc bằng đồng đô-la mà quý vị đang yêu cầu là quá thấp, quý vị không thể đưa ra khiếu nại khác và quyết định ở Mức 2 là quyết định cuối cùng.
- Cho quý vị biết giá trị đồng đô la phải đang có sự tranh cãi để tiếp tục quy trình kháng cáo.

Bước 4: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng yêu cầu, quý vị quyết định xem có muốn kháng cáo ở mức cao hơn hay không.

- Có ba mức bổ sung trong quy trình khiếu nại sau Mức 2 (cho tổng cộng năm mức khiếu nại).
- Nếu quý vị muốn tiếp tục kháng cáo lên Cấp độ 3, thông tin chi tiết về cách thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị.
- Kháng cáo Cấp độ 3 được xử lý bởi Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử. Phần 10 của chương này nói thêm về quy trình cho Cấp độ 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

PHẦN 8 Làm thế nào để yêu cầu chúng tôi chi trả cho thời gian nằm viện dài hơn nếu quý vị nghĩ rằng mình sẽ được xuất viện quá sớm

Khi nhập viện, quý vị có quyền nhận được tất cả các dịch vụ bệnh viện được bảo hiểm của mình cần thiết cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc vết thương của quý vị.

Trong khi 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 sẽ rời khỏi bệnh viện. Họ sẽ giúp sắp xếp dịch vụ chăm sóc quý vị có thể cần sau khi xuất viện.

- Ngày quý vị ra viện được gọi là **ngày xuất viện**.
- Khi ngày xuất viện của quý vị được quyết định, bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết.
- Nếu quý vị nghĩ rằng mình đang được yêu cầu rời khỏi bệnh viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu được nằm viện lâu hơn và yêu cầu của quý vị sẽ được xem xét.

Phần 8.1	Trong thời gian nằm viện, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản từ Medicare nêu rõ về các quyền của quý vị
----------	---

Trong vòng hai ngày dương lịch kể từ khi nhập viện, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản có tên là *Một thông điệp quan trọng từ Medicare về Quyền của quý vị*. Tất cả những người có Medicare đều nhận được thông báo này.

Nếu quý vị không nhận được thông báo từ người nào đó tại bệnh viện (ví dụ: nhân viên phụ trách hồ sơ hoặc y tá), hãy hỏi bất kỳ nhân viên nào của bệnh viện để nhận bản sao này. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi đến Dịch vụ Hội viên hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. (TTY [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048)).

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

1. **Vui lòng đọc thông báo này một cách cẩn thận và đặt câu hỏi nếu quý vị không hiểu.** Thông báo này cho quý vị biết:
 - Quyền nhận các dịch vụ được Medicare bảo hiểm trong và sau khi nằm viện của quý vị, như bác sỹ của quý vị yêu cầu. Nó bao gồm quyền được biết những dịch vụ này là gì, ai sẽ trả tiền dịch vụ, và nơi quý vị có thể nhận được các dịch vụ đó.
 - Quyền của quý vị được tham gia vào bất kỳ quyết định nào về thời gian nằm viện của mình.
 - Nơi báo cáo bất kỳ mối lo ngại nào mà quý vị có về chất lượng chăm sóc tại bệnh viện của quý vị.
 - Quyền **yêu cầu xem xét ngay lập tức** của quý vị về quyết định cho quý vị xuất viện nếu quý vị nghĩ rằng quý vị sẽ được xuất viện quá sớm. Đây là một cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu hoãn ngày xuất viện của quý vị để chúng tôi chi trả cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện của quý vị trong thời gian dài hơn.
2. **Quý vị phải ký vào thông báo bằng văn bản để thể hiện rằng mình đã nhận được nó và hiểu các quyền của quý vị.**
 - Quý vị hoặc người đại diện thay quý vị phải ký vào thông báo này.
 - Việc ký thông báo *chỉ* cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông tin về quyền của mình. Thông báo này không đưa ra ngày xuất viện. Việc ký tên vào thông báo **không có nghĩa** là quý vị đồng ý về ngày xuất viện.
3. **Giữ bản sao** thông báo của quý vị để quý vị có thông tin về việc kháng cáo (hoặc báo cáo một lo ngại về chất lượng chăm sóc) nếu quý vị cần.
 - Nếu quý vị ký thông báo trước ngày xuất viện hơn hai ngày dương lịch, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi đến ngày xuất viện.
 - Để xem trước bản sao của thông báo này, quý vị có thể gọi đến Dịch vụ Hội viên hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048). Quý vị cũng có thể xem thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Phần 8.2

Từng bước một: Cách kháng cáo Cấp độ 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Nếu quý vị muốn yêu cầu các dịch vụ bệnh viện nội trú của mình được chúng tôi bảo hiểm lâu hơn, quý vị sẽ cần phải dùng đến quy trình khiếu nại để thực hiện yêu cầu này. Trước khi bắt đầu, quý vị nên hiểu mình cần làm gì và thời hạn là khi nào.

- **Tuân thủ quy trình.**
- **Đáp ứng thời hạn.**
- **Hãy yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào, vui lòng gọi Dịch vụ Hội viên. Hoặc gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang của quý vị, đây là tổ chức chính phủ cung cấp hỗ trợ cá nhân.

Trong quá trình kháng cáo Cấp độ 1, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét kháng cáo của quý vị. Tổ chức này sẽ kiểm tra xem liệu ngày xuất viện dự kiến của quý vị có phù hợp về mặt y tế cho quý vị hay không.

Tổ chức cải thiện chất lượng là một nhóm các bác sỹ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác do chính phủ Liên Bang chi trả để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Tổ chức này bao gồm việc xem xét ngày xuất viện cho những người có Medicare. Các chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng cho tiểu bang của quý vị và yêu cầu xem xét ngay việc xuất viện của quý vị. Quý vị phải thực hiện nhanh chóng.

Làm thế nào để quý vị có thể liên hệ với tổ chức này?

- Thông báo bằng văn bản quý vị đã nhận được (*Một thông điệp quan trọng từ Medicare về quyền của quý vị*) cho quý vị biết cách tiếp cận tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải thiện Chất lượng cho tiểu bang của quý vị trong Chương 2.

Thực hiện nhanh chóng:

- Để thực hiện kháng cáo của quý vị, quý vị phải liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng *trước khi* quý vị rời khỏi bệnh viện và **chậm nhất là nửa đêm ngày quý vị xuất viện**.
 - Nếu quý vị đáp ứng được thời hạn này, quý vị có thể ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện của quý vị mà không phải trả tiền trong khi quý vị chờ đợi để nhận được quyết định từ Tổ chức Cải thiện Chất lượng.
 - Nếu quý vị không đáp ứng thời hạn này, hãy liên hệ với chúng tôi. Nếu quý vị quyết định ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch, quý vị có thể phải trả tất cả các chi phí cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch.

Khi quý vị yêu cầu xem xét ngay việc xuất viện của mình, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ liên hệ với chúng tôi. Đến trưa của ngày sau khi chúng tôi được liên lạc, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị **Thông báo Chi tiết về Xuất viện**. Thông báo này cung cấp ngày xuất viện dự kiến của quý vị và giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ, bệnh viện của quý vị, và chúng tôi nghĩ rằng việc quý vị xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

Quý vị có thể lấy một mẫu của **Thông báo Xuất viện Chi tiết** bằng cách gọi đến Dịch vụ Hội viên hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. (Người dùng TTY nên gọi [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).) Hoặc quý vị có thể xem mẫu thông báo trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng tiến hành xem xét độc lập trường hợp của quý vị.

- Các chuyên gia y tế tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng (người đánh giá) sẽ hỏi quý vị, hoặc đại diện của quý vị, lý do tại sao quý vị tin rằng bảo hiểm cho các dịch vụ nên được tiếp tục. Quý vị không cần phải chuẩn bị bất cứ điều gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.
- Những người xem xét cũng sẽ xem thông tin y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị, và xem lại thông tin mà bệnh viện và chúng tôi đã đưa cho họ.
- Đến buổi trưa của ngày sau khi những người đánh giá cho chúng tôi biết về kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản từ chúng tôi cho biết ngày xuất viện dự kiến của quý vị. Thông báo này cũng giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi nghĩ rằng việc quý vị xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

Bước 3: Trong vòng một ngày sau khi đã có tất cả các thông tin cần thiết, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ cho quý vị câu trả lời về kháng cáo của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là đồng ý?

- Nếu tổ chức đánh giá trả lời *đồng ý*, **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ nằm viện được bảo hiểm cho quý vị miễn là các dịch vụ này còn cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình (chẳng hạn khoản khấu trừ hoặc đồng thanh toán, nếu có). Ngoài ra, có thể có những giới hạn về các dịch vụ bệnh viện được bảo hiểm của quý vị.

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là không đồng ý?

- Nếu tổ chức đánh giá trả lời *không đồng ý*, họ nói rằng ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y khoa. Nếu điều này xảy ra, **bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị sẽ kết thúc** vào buổi trưa của ngày *sau khi* Tổ chức Cải thiện Chất lượng đưa ra câu trả lời cho đơn kháng cáo của quý vị.
- Nếu tổ chức đánh giá trả lời *không đồng ý* với kháng cáo của quý vị và quý vị quyết định ở lại bệnh viện, sau đó **quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí** về dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau buổi trưa vào ngày sau khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng đưa ra câu trả lời cho đơn kháng cáo của quý vị.

Bước 4: Nếu câu trả lời cho đơn kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị là không đồng ý, quý vị sẽ quyết định xem mình có muốn kháng cáo lần nữa hay không.

- Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng đã trả lời *không đồng ý* với kháng cáo của quý vị, và nếu quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến, thì quý vị có thể nộp đơn kháng cáo lần nữa. Thực hiện một kháng cáo khác có nghĩa là quý vị sẽ tiếp tục lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo.

Phần 8.3

Từng bước một: Cách kháng cáo Cấp độ 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Trong thời gian kháng cáo Cấp độ 2, quý vị sẽ yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem lại quyết định của họ về kháng cáo đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng bác bỏ kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị, quý vị có thể sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho thời gian nằm viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của mình.

Bước 1: Liên lạc với Tổ chức Cải thiện Chất lượng một lần nữa và yêu cầu xem xét lại.

- Quý vị phải yêu cầu đánh giá này **trong vòng 60 ngày dương lịch** sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng đã trả lời *không đồng ý* với đơn kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị. Quý vị chỉ được yêu cầu mở cuộc xem xét này nếu quý vị còn ở trong bệnh viện sau ngày mà bảo hiểm cho việc chăm sóc của quý vị đã kết thúc.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ tiến hành xem xét lần hai về tình hình của quý vị.

- Người xem xét của Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét cẩn thận một lần nữa tất cả mọi thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày dương lịch kể từ khi nhận được yêu cầu kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị, những người xem xét của Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ quyết định về kháng cáo của quý vị và thông báo cho quý vị quyết định của họ.

Nếu tổ chức xét duyệt nói đồng ý:

- **Chúng tôi phải hoàn lại cho quý vị** khoản chia sẻ chi phí chăm sóc tại bệnh viện của chúng tôi mà quý vị đã nhận được từ trưa của ngày sau ngày kháng cáo đầu tiên của quý vị bị Tổ chức Cải thiện Chất lượng bác bỏ. **Chúng tôi phải tiếp tục bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện của quý vị chừng nào dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị phải thanh toán phần chia sẻ chi phí của quý vị và các giới hạn về bảo hiểm sẽ được áp dụng.

Nếu tổ chức xét duyệt nói không đồng ý:

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định họ đưa ra về kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị. Việc này được gọi là bảo lưu quyết định.
- Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết bằng văn bản những gì quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục quá trình xem xét.

Bước 4: Nếu câu trả lời là không đồng ý, quý vị sẽ cần quyết định xem quý vị có muốn kháng cáo tiếp hay không bằng cách chuyển sang Cấp độ 3.

- Có ba mức bổ sung trong quy trình khiếu nại sau Mức 2 (cho tổng cộng năm mức khiếu nại). Nếu quý vị muốn kháng cáo Cấp độ 3, chi tiết về cách thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định kháng cáo Cấp độ 2.
- Kháng cáo Cấp độ 3 được xử lý bởi Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử. Phần 10 của chương này sẽ cho biết thêm về Cấp độ 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

PHẦN 9 Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục chi trả một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị nghĩ rằng phạm vi bảo hiểm của quý vị sắp kết thúc quá sớm

Phần 9.1	<i>Phần này chỉ nói về ba dịch vụ:</i> Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và Cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF)
----------	--

Khi quý vị nhận **các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc điều dưỡng chuyên môn hoặc chăm sóc phục hồi chức năng (Cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện)** được bảo hiểm, quý vị có quyền tiếp tục nhận các dịch vụ của mình cho loại hình chăm sóc đó miễn là dịch vụ chăm sóc đó cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh tật hoặc chấn thương của quý vị.

Khi chúng tôi quyết định đã đến lúc dừng bảo hiểm cho quý vị bất kỳ chăm sóc nào trong ba loại chăm sóc, chúng tôi phải cho quý vị biết trước. Khi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đó của quý vị kết thúc, *chúng tôi sẽ ngừng trả tiền* cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi kết thúc việc đài thọ 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 làm thế nào để yêu cầu khiếu nại.

Phần 9.2	Chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị khi nào phạm vi bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc
----------	---

Thuật ngữ Pháp lý

Thông báo về việc Không đài thọ của Medicare. Nó cho quý vị biết làm thế nào quý vị có thể yêu cầu một **kháng cáo theo dõi nhanh**. Yêu cầu kháng cáo theo dõi nhanh là cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu thay đổi quyết định bảo hiểm của chúng tôi về thời điểm dừng chăm sóc của quý vị.

1. Quý vị nhận được thông báo bằng văn bản ít nhất hai ngày dương lịch trước khi chương trình của chúng tôi ngừng chi trả cho việc chăm sóc của quý vị. Thông báo cho quý vị biết:

- Ngày chúng tôi sẽ dừng bảo hiểm chăm sóc cho quý vị.
- Cách yêu cầu kháng cáo theo dõi nhanh để yêu cầu chúng tôi tiếp tục bảo hiểm dịch vụ chăm sóc của quý vị trong một khoảng thời gian dài hơn.

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

2. Quý vị, hoặc ai đó đại diện cho quý vị, sẽ được yêu cầu ký vào thông báo bằng văn bản để chứng minh rằng quý vị đã nhận được thông báo đó. Việc ký thông báo *chỉ* cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông tin về thời điểm bảo hiểm của quý vị sẽ chấm dứt. **Ký tên vào thông báo không có nghĩa là quý vị đồng ý** với quyết định ngừng chăm sóc của chương trình.

Phần 9.3 Từng bước một: Cách thực hiện kháng cáo Cấp độ 1 để chương trình của chúng tôi chi trả cho việc chăm sóc của quý vị trong thời gian dài hơn

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi bảo hiểm chăm sóc của quý vị trong một khoảng thời gian dài hơn, quý vị sẽ cần phải sử dụng quy trình khiếu nại để đưa ra yêu cầu này. Trước khi bắt đầu, quý vị nên hiểu mình cần làm gì và thời hạn là khi nào.

- **Tuân thủ quy trình.**
- **Đáp ứng thời hạn.**
- **Hãy yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào, vui lòng gọi Dịch vụ Hội viên. Hoặc gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang của quý vị, đây là tổ chức chính phủ cung cấp hỗ trợ cá nhân.

Khi kháng cáo Cấp độ 1, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét kháng cáo của quý vị. Nó quyết định xem ngày kết thúc chăm sóc của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không.

Bước 1: Nộp đơn kháng cáo Cấp độ 1: liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng của tiểu bang quý vị và yêu cầu kháng cáo theo dõi nhanh. Quý vị phải thực hiện nhanh chóng.

Làm thế nào để quý vị có thể liên hệ với tổ chức này?

- Thông báo bằng văn bản quý vị đã nhận được (*Thông báo về việc không bảo hiểm Medicare*) cho quý vị biết cách tiếp cận tổ chức này. (Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải thiện Chất lượng cho tiểu bang của quý vị trong Chương 2.)

Thực hiện nhanh chóng:

- Quý vị phải liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng để bắt đầu kháng cáo của quý vị **vào buổi trưa ngày trước ngày có hiệu lực** trên *Thông báo về việc không bảo hiểm Medicare*.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng, quý vị vẫn có quyền kháng cáo. Liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng tiến hành xem xét độc lập trường hợp của quý vị.

Thuật ngữ Pháp lý

Giải thích chi tiết về việc không được bảo hiểm. Thông báo cung cấp chi tiết về lý do kết thúc bảo hiểm.

Điều gì diễn ra trong quá trình xem xét này?

- Các chuyên gia y tế tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng (người xem xét) sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị lý do tại sao quý vị tin rằng nên tiếp tục bảo hiểm cho các dịch vụ đó. Quý vị không cần phải chuẩn bị bất cứ điều gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.
- Tổ chức xem xét cũng sẽ xem 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 đưa cho họ.

- Trước khi ngày làm việc kết thúc, những người xem xét thông báo cho chúng tôi về kháng cáo của quý vị, quý vị cũng sẽ nhận được **Giải thích chi tiết về việc không được bảo hiểm** từ chúng tôi giải thích chi tiết những lý do chúng tôi kết thúc bảo hiểm cho các dịch vụ của quý vị.

Bước 3: Trong vòng trọn một ngày sau khi họ có tất cả thông tin họ cần, những người xem xét sẽ cho quý vị biết quyết định của họ.

Điều gì xảy ra nếu những người xem xét đồng ý với kháng cáo của quý vị?

- Nếu người xem xét trả lời *đồng ý* với kháng cáo của quý vị, sau đó **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ được bảo hiểm cho quý vị miễn là điều đó còn cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình (chẳng hạn khoản khấu trừ hoặc đồng thanh toán, nếu có). Có thể có giới hạn với một số dịch vụ được bảo hiểm của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu những người xem xét không đồng ý với kháng cáo của quý vị?

- Nếu người xem xét trả lời *không đồng ý*, thì **phạm vi bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị.**
- Nếu quý vị quyết định tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc dịch vụ Cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF) sau ngày này khi phạm vi bảo hiểm của quý vị kết thúc, thì **quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí** của việc chăm sóc này cho chính quý vị.

Bước 4: Nếu câu trả lời cho đơn kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị là không đồng ý, quý vị sẽ quyết định xem mình có muốn kháng cáo lần nữa hay không.

- Nếu người xem xét trả lời *không đồng ý* với kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị – và quý vị chọn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc – thì quý vị có thể kháng cáo Cấp độ 2.

Phần 9.4	Từng bước một: Cách kháng cáo Cấp độ 2 để chương trình của chúng tôi chi trả cho việc chăm sóc của quý vị trong thời gian dài hơn
----------	---

Trong thời gian kháng cáo Cấp độ 2, quý vị sẽ yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem lại quyết định của họ về kháng cáo đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng từ chối đơn kháng cáo Cấp độ 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc 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) sau ngày chúng tôi thông báo rằng phạm vi bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.

Bước 1: Liên lạc với Tổ chức Cải thiện Chất lượng một lần nữa và yêu cầu xem xét lại.

- Quý vị phải yêu cầu đánh giá này **trong vòng 60 ngày dương lịch** sau ngày mà Tổ chức Cải thiện Chất lượng đã trả lời *không đồng ý* với đơn kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị. Quý vị chỉ được yêu cầu thực hiện xem xét này nếu quý vị tiếp tục nhận chăm sóc sau ngày mà bảo hiểm cho việc chăm sóc của quý vị đã kết thúc.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ tiến hành xem xét lần hai về tình hình của quý vị.

- Người xem xét của Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét cẩn thận một lần nữa tất cả mọi thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Bước 3: Trong vòng 14 ngày dương lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị, người xem xét sẽ quyết định về kháng cáo của quý vị và thông báo cho quý vị quyết định của họ.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức đánh giá đồng ý?

- **Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị** khoản chia sẻ của chúng tôi cho chi phí chăm sóc mà quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi đã thông báo rằng bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc. **Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp bảo hiểm** cho chăm sóc cho đến khi nào chăm sóc đó còn cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị phải tiếp tục trả khoản chia sẻ của quý vị cho chi phí và có thể có những giới hạn bảo hiểm áp dụng.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức xét duyệt không đồng ý?

- Điều này có nghĩa là họ đồng ý với quyết định mà chúng tôi đưa ra đối với đơn kháng cáo Cấp độ 1 của quý vị.
- Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết bằng văn bản những gì quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục quá trình xem xét. Nó sẽ cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về việc làm thế nào để tiến đến mức khiếu nại tiếp theo, sẽ do Thẩm phán Luật Hành chính hoặc quan tòa xử lý.

Bước 4: Nếu câu trả lời là không, quý vị sẽ cần phải quyết định có muốn kháng cáo lên mức cao hơn hay không.

- Có ba mức khiếu nại bổ sung sau Mức 2, trong tổng cộng năm mức khiếu nại. Nếu quý vị muốn kháng cáo Cấp độ 3, chi tiết về cách thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định kháng cáo Cấp độ 2.
- Kháng cáo Cấp độ 3 được xử lý bởi Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử. Phần 10 của chương này nói thêm về Cấp độ 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

PHẦN 10 Đưa kháng cáo của quý vị lên Cấp độ 3 và hơn thế nữa

Phần 10.1 Kháng cáo Cấp độ 3, 4 và 5 cho các yêu cầu dịch vụ y tế

Phần này có thể phù hợp đối với quý vị nếu quý vị đã đưa ra kháng cáo Cấp độ 1 và kháng cáo Cấp độ 2, và cả hai kháng cáo của quý vị đều đã bị từ chối.

Nếu giá trị đô la của danh mục hoặc dịch vụ y tế quý vị đã khiếu nại đáp ứng các mức tối thiểu nhất định, quý vị có thể đến các mức khiếu nại bổ sung. Nếu giá trị đô la thấp hơn mức tối thiểu, quý vị không thể khiếu nại lên mức cao hơn. Phản hồi bằng văn bản mà quý vị nhận được đối với kháng cáo Cấp độ 2 sẽ giải thích cách thực hiện kháng cáo Cấp độ 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến khiếu nại, ba mức khiếu nại cuối cùng làm việc theo cách gần giống nhau. Đây là người xử lý xem xét khiếu nại của quý vị ở từng mức khiếu nại này.

Kháng cáo Cấp độ 3 Một thẩm phán luật hành chính hoặc một luật sư xét xử làm việc cho chính quyền liên bang sẽ xem xét đơn kháng cáo của quý vị và trả lời quý vị.

- **Nếu Thẩm phán Luật Hành chính hoặc quan tòa đồng ý với kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo có thể hoặc có thể không kết thúc.** Không giống như quyết định ở kháng cáo Cấp độ 2, chúng tôi có quyền kháng cáo quyết định ở Cấp độ 3 có lợi cho quý vị. Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo, vụ việc sẽ được chuyển sang cấp kháng cáo Cấp độ 4.

- Nếu chúng tôi quyết định không kháng cáo, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi nhận được quyết định của Thẩm phán hành chính hoặc luật sư giải quyết tranh chấp.
- Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo quyết định đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản sao yêu cầu kháng cáo Cấp độ 4 kèm theo bất kỳ tài liệu nào. Chúng tôi có thể chờ quyết định kháng nghị Cấp 4 trước khi cho phép hoặc cung cấp dịch vụ đang tranh chấp.
- **Nếu Thẩm phán Luật Hành chính hoặc quan tòa không đồng ý với kháng cáo của quý vị, quy trình kháng cáo có thể hoặc có thể không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục tới mức tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì cho kháng nghị Cấp 4.

Kháng cáo Cấp độ 4

Hội đồng kháng cáo Medicare (Hội đồng) sẽ xem xét đơn kháng cáo của quý vị và trả lời cho quý vị. Hội đồng là một phần của Chính phủ liên bang.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu xem xét lại quyết định kháng cáo Cấp độ 3 có lợi của chúng tôi, thì quy trình kháng cáo có thể hoặc có thể không kết thúc.** Không giống như quyết định ở Cấp độ 2, chúng tôi có quyền kháng cáo quyết định ở Cấp độ 4 có lợi cho quý vị. Chúng tôi sẽ quyết định xem có nên kháng cáo quyết định này lên Cấp độ 5 hay không.
 - Nếu chúng tôi quyết định không kháng cáo quyết định, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi nhận được quyết định của Hội đồng.
 - Nếu chúng tôi quyết định khiếu nại quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- **Nếu câu trả lời là không hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu xem xét, quy trình kháng cáo có thể hoặc có thể không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục tới cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Nếu Hội đồng từ chối kháng cáo của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết các quy tắc có cho phép quý vị đến kháng cáo Cấp độ 5 hay không và cách tiếp tục kháng cáo Cấp độ 5.

Kháng cáo Cấp độ 5

Một thẩm phán tại **Tòa án Quận Liên bang** sẽ xem xét đơn kháng cáo của quý vị.

- Một thẩm phán sẽ xem xét tất cả các thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *không đồng ý* với yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn cấp kháng cáo nào sau Tòa án Quận Liên bang.

Phần 10.2

Cấp độ kháng cáo 3, 4 và 5 cho Yêu cầu thuốc Phần D

Phần này có thể phù hợp đối với quý vị nếu quý vị đã đưa ra kháng cáo Cấp độ 1 và kháng cáo Cấp độ 2, và cả hai kháng cáo của quý vị đều đã bị từ chối.

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Nếu giá trị đô la của thuốc quý vị đã khiếu nại đáp ứng các mức đô-la cụ thể, quý vị có thể đến các mức khiếu nại bổ sung. Nếu giá trị đô la thấp hơn, quý vị không thể khiếu nại lên mức cao hơn. Phản hồi bằng văn bản mà quý vị nhận được đối với kháng cáo Cấp độ 2 sẽ giải thích liên hệ với ai và phải làm gì để yêu cầu kháng cáo Cấp độ 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến khiếu nại, ba mức khiếu nại cuối cùng làm việc theo cách gần giống nhau. Đây là người xử lý xem xét khiếu nại của quý vị ở từng mức khiếu nại này.

Kháng cáo Cấp độ 3 Một thẩm phán luật hành chính hoặc một luật sư xét xử làm việc cho chính quyền liên bang sẽ xem xét đơn kháng cáo của quý vị và trả lời quý vị.

- **Nếu câu trả lời là có, quy trình kháng cáo kết thúc.** Chúng tôi phải **ủy quyền hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được thẩm phán hành chính hoặc luật sư xét xử chấp thuận **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng cáo nhanh) hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là không, quy trình kháng cáo có thể kết thúc hoặc không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục tới mức tiếp theo của quy trình xem xét. Thông báo mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì cho kháng nghị Cấp 4.

Kháng cáo Cấp độ 4 Hội đồng kháng cáo Medicare (Hội đồng) sẽ xem xét đơn kháng cáo của quý vị và trả lời cho quý vị. Hội đồng là một phần của Chính phủ liên bang.

- **Nếu câu trả lời là có, quy trình kháng cáo kết thúc.** Chúng tôi phải **ủy quyền hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Hội đồng chấp thuận **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng cáo nhanh) hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là không, quy trình kháng cáo có thể kết thúc hoặc không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục tới cấp độ tiếp theo của quy trình xem xét. Nếu Hội đồng kháng cáo từ chối kháng cáo của quý vị hoặc từ chối yêu cầu xem xét lại kháng cáo của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết các quy tắc có cho phép quý vị đến kháng cáo Cấp độ 5 hay không. Thông báo này cũng sẽ cho quý vị biết cần liên lạc với ai và làm gì tiếp theo nếu quý vị chọn tiếp tục với kháng cáo của mình.

Kháng cáo Cấp độ 5 Một thẩm phán tại **Tòa án Quận Liên bang** sẽ xem xét đơn kháng cáo của quý vị.

- Một thẩm phán sẽ xem xét tất cả các thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *không đồng ý* với yêu cầu của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn cấp kháng cáo nào sau Tòa án Quận Liên bang.

PHẦN 11 Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các vấn đề khác

Phần 11.1 Quy trình khiếu nại xử lý những loại vấn đề nào?

Quá trình khiếu nại *chỉ* được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định. Vấn đề này bao gồm các vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian đợi và dịch vụ khách hàng. Đây là các ví dụ về các loại vấn đề được xử lý bởi quy trình phàn nàn.

Phàn nàn	Ví dụ
Chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị	<ul style="list-style-type: none"> Quý vị có không hài lòng với chất lượng chăm sóc quý vị đã nhận được (bao gồm chăm sóc trong bệnh viện)?
Tôn trọng sự riêng tư của quý vị	<ul style="list-style-type: none"> Có ai đó không tôn trọng quyền riêng tư hoặc chia sẻ thông tin bí mật của quý vị không?
Thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc các hành vi tiêu cực khác	<ul style="list-style-type: none"> Có ai đó thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng với quý vị không? Quý vị có không hài lòng với Dịch vụ Hội viên của chúng tôi? Quý vị có cảm thấy quý vị đang bị khuyến khích rời khỏi chương trình không?
Thời gian đợi	<ul style="list-style-type: none"> Quý vị có đang gặp khó khăn trong việc hẹn gặp hoặc đợi quá lâu để được hẹn không? Quý vị có bị bắt đợi quá lâu bởi bác sỹ, dược sỹ hoặc các chuyên gia sức khỏe khác không? Hoặc bởi Ban Dịch vụ Hội viên của chúng tôi hoặc các nhân viên khác trong chương trình không? <ul style="list-style-type: none"> Ví dụ như đợi quá lâu trên điện thoại, trong phòng đợi, hoặc khi lấy đơn thuốc.
Sự sạch sẽ	<ul style="list-style-type: none"> Quý vị có không hài lòng với sự sạch sẽ hoặc tình trạng của một phòng khám, bệnh viện hoặc văn phòng bác sỹ không?
Thông tin quý vị nhận được từ chúng tôi	<ul style="list-style-type: none"> Chúng tôi đã không cung cấp cho quý vị thông báo bắt buộc? Thông tin bằng văn bản của chúng tôi có khó hiểu không?

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Phàn nàn	Ví dụ
<p>Tính kịp thời (Những loại khiếu nại này đều liên quan đến <i>tính kịp thời</i> về các hành động của chúng tôi liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng cáo)</p>	<p>Nếu quý vị đã yêu cầu một quyết định bảo hiểm hoặc đưa ra kháng cáo, và quý vị nghĩ rằng chúng tôi không phản hồi đủ nhanh, quý vị cũng có thể khiếu nại về sự chậm trễ của chúng tôi. Đây là ví dụ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quý vị đã yêu cầu một <i>quyết định bảo hiểm nhanh</i> hoặc một <i>kháng cáo nhanh</i> và chúng tôi đã từ chối; quý vị có thể khiếu nại. • Quý vị tin rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn cho các quyết định bảo hiểm hoặc kháng cáo; quý vị có thể khiếu nại. • Quý vị tin rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn chi trả hoặc bồi hoàn cho quý vị đối với một số hạng mục hoặc dịch vụ y tế hoặc thuốc đã được phê duyệt; quý vị có thể khiếu nại. • Quý vị tin rằng chúng tôi không đáp ứng được thời hạn chuyển trường hợp của quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập; quý vị có thể khiếu nại.

Phần 11.2 Làm thế nào để khiếu nại

Thuật ngữ pháp lý

- **Khiếu nại** còn được gọi là **than phiền**.
- Gửi khiếu nại **còn được gọi là gửi than phiền**.
- **Sử dụng quy trình khiếu nại** cũng được gọi là **sử dụng quy trình nộp đơn than phiền**.
- **Khiếu nại nhanh** còn được gọi là **than phiền cấp tốc**.

Phần 11.3 Từng bước một: Khiếu nại

Bước 1: Liên lạc ngay với chúng tôi - bằng điện thoại hoặc bằng văn bản.

- **Thông thường, gọi Ban Dịch vụ Hội viên là bước đầu tiên.** Nếu có bất kỳ vấn đề nào khác quý vị cần làm, Ban Dịch vụ Hội viên sẽ thông báo cho quý vị.
- **Nếu quý vị không muốn gọi (hoặc quý vị đã gọi và không hài lòng), quý vị có thể khiếu nại bằng văn bản 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.
- Để sử dụng quy trình than phiền (khiếu nại) của chúng tôi, quý vị nên gọi điện hoặc gửi khiếu nại bằng văn bản cho chúng tôi bằng một trong các phương thức liên hệ được liệt kê trong Chương 2: *Số điện thoại và nguồn thông tin quan trọng (Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị khiếu nại về thuốc theo toa Phần D hoặc dịch vụ chăm sóc y tế)*.
 - Hãy đảm bảo rằng quý vị cung cấp tất cả thông tin thích hợp, bao gồm mọi tài liệu hỗ trợ mà quý vị cho là phù hợp. Khiếu nại của quý vị phải được chúng tôi nhận được trong vòng 60 ngày dương lịch kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc sự cố dẫn đến việc quý vị nộp đơn khiếu nại.

- Vấn đề của quý vị sẽ được hội viên trong nhóm khiếu nại của chúng tôi điều tra. Nếu quý vị gửi khiếu nại bằng miệng, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về kết quả xem xét và quyết định của chúng tôi bằng miệng hoặc bằng văn bản. Nếu quý vị gửi khiếu nại bằng miệng và yêu cầu phản hồi bằng văn bản, chúng tôi sẽ trả lời bằng văn bản. Nếu quý vị gửi cho chúng tôi đơn khiếu nại, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị phản hồi bằng văn bản nêu rõ kết quả xem xét của chúng tôi. Thông báo của chúng tôi sẽ bao gồm mô tả về sự hiểu biết của chúng tôi về khiếu nại của quý vị và quyết định của chúng tôi bằng những thuật ngữ rõ ràng.
- Chúng tôi phải giải quyết khiếu nại của quý vị nhanh nhất có thể dựa trên tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không quá 30 ngày dương lịch kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị. Chúng tôi có thể gia hạn thời gian thêm tối đa 14 ngày dương lịch nếu chúng tôi thấy cần thêm thông tin và việc trì hoãn là vì lợi ích tốt nhất của quý vị.
- Quý vị cũng có quyền yêu cầu khiếu nại nhanh “cấp tốc”. Khiếu nại “cấp tốc” là loại khiếu nại phải được giải quyết trong vòng 24 giờ kể từ thời điểm quý vị liên hệ với chúng tôi. Quý vị có quyền yêu cầu khiếu nại nhanh “cấp tốc” nếu quý vị không đồng ý với:
 - Chương trình của chúng tôi sẽ gia hạn 14 ngày dương lịch đối với quyết định của tổ chức/phạm vi bảo hiểm hoặc xem xét lại/xác định lại (kháng cáo); hoặc
 - Việc chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị về việc đẩy nhanh quyết định hoặc xem xét lại (kháng cáo) của tổ chức đối với các dịch vụ y tế; hoặc
 - Chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị về việc đẩy nhanh việc xác định bảo hiểm hoặc xác định lại (khiếu nại) đối với thuốc theo toa.
- Quy trình khiếu nại “cấp tốc” nhanh chóng như sau:
 - Quý vị hoặc người đại diện được ủy quyền có thể gọi điện, gửi fax hoặc gửi đơn khiếu nại của quý vị qua đường bưu điện và đề cập rằng quý vị muốn quy trình khiếu nại nhanh hoặc cấp tốc. Gọi đến số điện thoại, fax hoặc viết đơn khiếu nại và gửi đến địa chỉ được liệt kê trong Chương 2: Số điện thoại và nguồn lực quan trọng (Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị khiếu nại về Thuốc theo toa Phần D) hoặc (Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế của mình). Cách nhanh nhất để nộp khiếu nại nhanh chóng là gọi điện hoặc gửi fax cho chúng tôi. Cách nhanh nhất để nộp đơn khiếu nại là gọi cho chúng tôi. Khi nhận được khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ nhanh chóng điều tra vấn đề quý vị đã chỉ rõ. Nếu chúng tôi đồng ý với khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ hủy gia hạn 14 ngày theo lịch hoặc đẩy nhanh quá trình xác định hoặc kháng cáo theo yêu cầu ban đầu của quý vị. Bất kể chúng tôi có đồng ý hay không, chúng tôi sẽ điều tra khiếu nại của quý vị và thông báo cho quý vị về quyết định của chúng tôi trong vòng 24 giờ.
- **Thời hạn** cho khiếu nại là 60 ngày dương lịch kể từ thời điểm xảy ra vấn đề mà quý vị muốn khiếu nại.

Bước 2: Chúng tôi sẽ xem xét kỹ khiếu nại của quý vị và cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.

- **Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay lập tức.** Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để khiếu nại, chúng tôi có thể đưa ra câu trả lời của chúng tôi trong cùng cuộc gọi.
- **Hầu hết các khiếu nại được trả lời trong vòng 30 ngày dương lịch.** Nếu chúng tôi cần thêm thông tin và sự trì hoãn là vì quyền lợi của quý vị hoặc quý vị yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi có thể phải mất thêm 14 ngày theo lịch (tổng cộng 44 ngày theo lịch) để trả lời phản nản của quý vị. Nếu chúng tôi quyết định cần thêm thời gian, chúng tôi sẽ cho quý vị biết bằng văn bản.
- **Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh hoặc kháng cáo nhanh của quý vị, chúng tôi sẽ tự động cho quý vị khiếu nại nhanh.** Nếu quý vị có khiếu nại nhanh, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị **câu trả lời trong vòng 24 giờ.**
- **Nếu chúng tôi không đồng ý** với một số hoặc tất cả khiếu nại của quý vị hoặc không chịu trách nhiệm về vấn đề quý vị đang khiếu nại, chúng tôi sẽ đưa ra lý do trong phản hồi cho quý vị.

Chương 9. Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại)

Phần 11.4 Quý vị cũng có thể khiếu nại về chất lượng chăm sóc với Tổ chức Cải thiện Chất lượng

Khi quý vị khiếu nại về *chất lượng chăm sóc*, quý vị cũng có hai lựa chọn bổ sung:

- **Quý vị có thể khiếu nại trực tiếp đến Tổ chức Cải thiện Chất lượng.** Tổ chức Cải thiện Chất lượng là một nhóm các bác sĩ đang hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được Chính quyền liên bang trả tiền để kiểm tra và cải thiện chăm sóc cho các bệnh nhân của Medicare. Chương 2 có thông tin liên lạc.

Hoặc

- **Quý vị có thể cùng lúc khiếu nại với cả Tổ chức Cải thiện Chất lượng lẫn chúng tôi.**

Phần 11.5 Quý vị cũng có thể cho Medicare biết về khiếu nại của quý vị

Quý vị có thể gửi khiếu nại về Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) trực tiếp tới Medicare. Để gửi khiếu nại đến Medicare, hãy truy cập www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Quý vị cũng có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY/TDD có thể gọi số 1-877-486-2048.

CÁC VẤN ĐỀ VỀ CÁC QUYỀN LỢI MEDICAID CỦA QUÝ VỊ

PHẦN 12 Xử lý các vấn đề về các quyền lợi bảo hiểm Medicaid của quý vị

Hãy nhớ rằng hầu hết các quyền lợi của quý vị phải được bao trả theo chương trình quyền lợi Medicare của quý vị. Nếu có những quyền lợi không được bảo hiểm Medicare chi trả, quý vị vẫn có thể được hưởng những quyền lợi đó thông qua bảo hiểm Medicaid của Tiểu bang VA.

Nếu quý vị có vấn đề hoặc lo ngại về các quyền lợi Medicaid của mình được Cardinal Care chi trả, quý vị có thể liên hệ với cơ quan Medicaid để xem xét khiếu nại của quý vị (số điện thoại có trong **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này).

Chương 10

Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình

PHẦN 1 Giới thiệu về việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) có thể là **tự nguyện** (tùy quý vị lựa chọn) hoặc **không tự nguyện** (không phải lựa chọn của riêng quý vị):

- Quý vị có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi vì quý vị đã quyết định rằng quý vị *muốn* rời đi. Phần 2 và 3 cung cấp thông tin về việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị một cách tự nguyện.
- Cũng có một số ít trường hợp khi quý vị không chọn rời khỏi, nhưng chúng tôi được yêu cầu kết thúc tư cách hội viên của quý vị. Phần 5 cho quý vị biết về những tình huống mà chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chương trình của chúng tôi phải tiếp tục cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc theo toa cho quý vị và quý vị sẽ tiếp tục trả phần chia sẻ chi phí của mình cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc.

PHẦN 2 Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi?

Phần 2.1 Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình vì quý vị có Medicare và Medicaid

- Hầu hết mọi người có Medicare chỉ có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong một số thời gian cụ thể trong năm. Vì quý vị có Medicaid nên quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi vào bất kỳ tháng nào trong năm. Quý vị cũng có tùy chọn ghi danh tham gia một chương trình Medicare khác vào bất cứ tháng nào bao gồm:
 - Original Medicare với một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt,
 - Original Medicare *không* có một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt (Nếu quý vị chọn tùy chọn này, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị đã chọn không tham gia ghi danh tự động.), hoặc
 - Nếu hội đủ điều kiện, một D-SNP tích hợp cung cấp Medicare và hầu hết hoặc toàn bộ các quyền lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy trong thời gian liên tục 63 ngày trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu sau này quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare.

Liên hệ với Văn phòng Medicaid của Tiểu bang quý vị để tìm hiểu về các lựa chọn chương trình Medicaid của quý vị (số điện thoại có trong **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này).

- Các lựa chọn kế hoạch chăm sóc sức khỏe Medicare khác có sẵn trong **Thời gian Ghi danh Hàng năm**. Phần 2.2 cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết hơn về Thời gian Ghi danh Hàng năm.
- **Khi nào tư cách hội viên của quý vị chấm dứt?** Tư cách hội viên của quý vị thường sẽ kết thúc vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị. Việc ghi danh vào chương trình mới cũng bắt đầu vào ngày này.

Phần 2.2 Quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của mình trong Thời gian Ghi danh Hàng năm

Quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của mình trong **Thời gian Ghi danh Hàng năm** (còn được gọi là Thời gian Ghi danh Mở Hàng năm). Trong thời gian này, hãy xem xét bảo hiểm y tế và thuốc của quý vị và quyết định về bảo hiểm cho năm sắp tới.

- **Thời gian Ghi danh Hàng năm** là từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12.
- **Chọn tiếp tục bảo hiểm hiện tại của quý vị hoặc thực hiện thay đổi bảo hiểm của quý vị trong năm tiếp theo.** Nếu quý vị quyết định đổi sang một chương trình mới, quý vị có thể chọn bất kỳ loại nào sau đây của các chương trình:
 - Một chương trình sức khỏe khác của Medicare có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa.
 - Original Medicare với một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt,

HOẶC

- Original Medicare *không có* một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt.
- **Tư cách hội viên của quý vị sẽ kết thúc trong chương trình của chúng tôi** khi bảo hiểm theo gói mới của quý vị bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.

Nếu quý vị nhận “Trợ cấp Đặc biệt” từ Medicare để trả cho các thuốc theo toa của quý vị: Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh trong chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị đã chọn không tham gia ghi danh tự động.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và không được bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy trong 63 ngày trở lên liên tục, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu sau này quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare.

Phần 2.3 Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Thời gian ghi danh mở của Medicare Advantage

Quý vị có cơ hội để thực hiện *một* thay đổi phạm vi bảo hiểm sức khỏe của quý vị trong **Thời gian Ghi danh Mở của Medicare Advantage**.

- **Thời gian Ghi danh Mở Medicare Advantage hàng năm** là từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 và đối với những người thụ hưởng Medicare mới đã ghi danh chương trình MA, từ tháng được hưởng Phần A và Phần B cho đến ngày cuối cùng của tháng thứ 3 được hưởng.
- **Trong Giai đoạn Ghi danh Mở hàng năm của Medicare Advantage** quý vị có thể:
 - Chuyển sang một Chương trình Medicare Advantage khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa.
 - Hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi và nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn chuyển sang Original Medicare trong suốt thời gian này, quý vị cũng có thể tham gia chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt tại thời điểm đó.
- **Tư cách hội viên của quý vị sẽ kết thúc** vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage khác hoặc chúng tôi nhận được yêu cầu chuyển sang Original Medicare của quý vị. Nếu quý vị cũng chọn ghi danh tham gia chương trình thuốc theo toa Medicare, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình thuốc sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình thuốc nhận được yêu cầu ghi danh của quý vị.

Chương 10. Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình

Phần 2.4 Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Thời gian ghi danh đặc biệt

Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể hội đủ điều kiện để kết thúc tư cách hội viên vào thời gian khác trong năm. Điều này được gọi là **Thời gian ghi danh đặc biệt**.

Quý vị có thể hội đủ điều kiện để kết thúc tư cách hội viên của mình trong Thời gian ghi danh đặc biệt nếu bất kỳ tình huống nào sau đây xảy ra với quý vị. Đây chỉ là những ví dụ, để biết danh sách đầy đủ, quý vị có thể liên hệ với chương trình, gọi cho Medicare hoặc truy cập trang web Medicare (www.medicare.gov):

- Thông thường, khi quý vị đã chuyển đi.
- Nếu quý vị có Medicaid.
- Nếu quý vị đủ điều kiện nhận “Trợ cấp Đặc biệt” để trả tiền cho các đơn thuốc Medicare của quý vị.
- Nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng của chúng tôi với quý vị.
- Nếu quý vị đang được chăm sóc tại một cơ sở, chẳng hạn như một viện dưỡng lão hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn (LTC).
- Nếu quý vị đăng ký vào Chương trình Chăm sóc Toàn diện dành cho Người cao tuổi (PACE).

Lưu ý: Nếu quý vị đang tham gia chương trình quản lý ma túy, quý vị có thể không thể thay đổi kế hoạch. Chương 5, Phần 10 cho quý vị biết thêm về các chương trình quản lý thuốc.

Lưu ý: Phần 2.1 cho quý vị biết thêm thông tin về thời gian ghi danh đặc biệt dành cho những người có Medicaid.

- **Các giai đoạn ghi danh khác nhau** tùy thuộc vào tình hình của quý vị.
- **Để tìm hiểu xem quý vị có hội đủ điều kiện cho Thời gian ghi danh đặc biệt hay không**, vui lòng gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY gọi [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048). Nếu quý vị có đủ điều kiện để chấm dứt tư cách hội viên của mình bởi vì một trường hợp đặc biệt nào đó, quý vị có thể lựa chọn thay đổi cả bảo hiểm y tế Medicare lẫn bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị. Quý vị có thể chọn:
 - Một chương trình sức khỏe khác của Medicare có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa.
 - Original Medicare có một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt.

HOẶC

- Original Medicare *không* có một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và không được bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy trong thời gian liên tục 63 ngày trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu sau này quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare.

Nếu quý vị nhận “Trợ cấp Đặc biệt” từ Medicare để trả cho các thuốc theo toa của quý vị: Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc trừ khi quý vị đã chọn không tham gia ghi danh tự động.

Tư cách hội viên của quý vị thường sẽ kết thúc vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị.

Lưu ý: Phần 2.1 và 2.2 cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết hơn về thời gian ghi danh đặc biệt dành cho những người có Medicaid và “Trợ cấp Đặc biệt”.

Phần 2.5

Quý vị có thể tìm thêm thông tin về thời điểm kết thúc tư cách hội viên ở đâu?

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về việc chấm dứt tư cách hội viên của mình, quý vị có thể:

- **Gọi cho Ban Dịch vụ Hội viên.**
- Tìm thông tin trong sổ tay **Medicare và Quý vị 2025**.
- Liên hệ với **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

PHẦN 3

Làm thế nào để kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi?

Bảng dưới đây giải thích cách thức quý vị nên kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	Đây là những gì quý vị cần làm:
<ul style="list-style-type: none"> • Một chương trình sức khỏe khác của Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • Ghi danh tham gia chương trình sức khỏe mới của Medicare. Việc bao trả mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. • Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) khi phạm vi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare có một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt 	<ul style="list-style-type: none"> • Ghi danh tham gia chương trình thuốc theo toa mới của Medicare. Việc bao trả mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. • Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) khi phạm vi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.

Nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:

Đây là những gì quý vị cần làm:

- Original Medicare *không* có một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt
 - Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị đã chọn ra khỏi ghi danh tự động.
 - Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc theo toa Medicare và tiếp tục mà không có bảo hiểm thuốc theo toa uy tín trong thời gian liên tục 63 ngày trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn nếu quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó.
- **Gửi cho chúng tôi thư yêu cầu hủy ghi danh.** Hãy liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện.
- Quý vị cũng có thể liên hệ với **Medicare**, theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần và yêu cầu hủy ghi danh. Người dùng TTY nên gọi [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).
- Quý vị sẽ bị hủy ghi danh khỏi Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) khi bảo hiểm của quý vị trong Original Medicare bắt đầu.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và không được bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy trong 63 ngày trở lên liên tục, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh trễ Phần D nếu sau này quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare.

Nếu có thắc mắc về các quyền lợi VA State Medicaid, hãy liên hệ với văn phòng Medicaid. Xem **Phụ lục A** ở mặt sau của tài liệu này để biết thông tin liên lạc. Hỏi việc tham gia một chương trình khác hoặc quay lại Original Medicare ảnh hưởng như thế nào đến cách quý vị nhận được bảo hiểm VA State Medicaid.

PHẦN 4 **Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc, quý vị phải tiếp tục nhận các mặt hàng y tế, dịch vụ và thuốc của mình thông qua chương trình của chúng tôi**

Cho đến khi tư cách hội viên Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) của quý vị kết thúc và bảo hiểm Medicare mới của quý vị bắt đầu, quý vị phải tiếp tục nhận các mặt hàng y tế, dịch vụ và thuốc theo toa thông qua chương trình của chúng tôi.

- **Tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc y tế.**
- **Tiếp tục sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi hoặc dịch vụ đặt thuốc qua bưu điện để mua thuốc theo toa của quý vị.**
- **Nếu quý vị được nhập viện vào ngày kết thúc tư cách hội viên của mình, thời gian nằm viện của quý vị sẽ được chương trình của chúng tôi bảo hiểm cho đến khi quý vị được xuất viện (thậm chí nếu quý vị được xuất viện sau thời điểm bắt đầu bảo hiểm sức khỏe mới của mình).**

PHẦN 5 Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình trong một số trường hợp nhất định

Phần 5.1 Khi nào chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình?

Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình nếu bất kỳ trường hợp nào sau đây xảy ra:

- Nếu quý vị không còn Medicare Phần A và Phần B.
- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện hưởng quyền lợi của Medicaid. Như đã nêu trong Chương 1, Phần 2.1, chương trình của chúng tôi dành cho những người hội đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medicaid. Chương trình của chúng tôi sẽ tiếp tục chi trả các quyền lợi Medicare của quý vị trong thời gian ân hạn lên đến sáu (6) tháng nếu quý vị mất quyền hưởng Medicaid. Thời gian gia hạn này bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi biết về việc quý vị không còn đủ điều kiện và thông báo điều đó cho quý vị. Nếu sau thời hạn ân hạn sáu (6) tháng, quý vị vẫn chưa lấy lại được Medicaid và chưa ghi danh một chương trình khác, chúng tôi sẽ hủy ghi danh quý vị khỏi chương trình của chúng tôi và quý vị sẽ được ghi danh lại vào Original Medicare.
- Khi quý vị dọn nhà ra khỏi khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi.
- Khi quý vị ra ngoài khu vực cung cấp dịch vụ của chúng tôi trên sáu tháng.
 - Nếu quý vị di chuyển hoặc có một chuyến đi dài, quý vị cần phải gọi Ban Dịch vụ Hội viên để biết nơi quý vị đang chuyển tới hoặc đi tới có nằm trong khu vực chương trình chúng tôi hay không.
- Nếu quý vị bị bắt giam (đi tù).
- Nếu quý vị không còn là công dân Hoa Kỳ hoặc sinh sống hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- Nếu quý vị nói dối hoặc che giấu thông tin về bảo hiểm khác quý vị có mà cung cấp bảo hiểm thuốc theo toa.
- Nếu quý vị cố tình cung cấp thông tin sai sự thực khi ghi danh vào chương trình chúng tôi và thông tin đó ảnh hưởng đến tiêu chuẩn tham gia của quý vị vào chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này nếu chưa xin phép Medicare trước.)
- Nếu quý vị tiếp tục hành xử theo cách không hợp tác và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị hoặc cho các hội viên khác của chương trình. (Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này nếu chưa xin phép Medicare trước.)
- Nếu quý vị cho phép người khác sử dụng thẻ hội viên của quý vị để nhận được dịch vụ chăm sóc y tế. (Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này nếu chưa xin phép Medicare trước.)
 - Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị bởi lý do này, Medicare có thể sẽ đưa trường hợp của quý vị vào điều tra bởi Tổng Thanh Tra.
- Nếu quý vị được yêu cầu trả thêm số tiền Phần D vì thu nhập của quý vị và quý vị không trả, Medicare sẽ hủy ghi danh của quý vị khỏi chương trình của chúng tôi.

Quý vị có thể biết thêm thông tin từ đâu?

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn biết thêm thông tin về thời điểm chúng tôi có thể chấm dứt tư cách hội viên của quý vị, hãy gọi đến Dịch vụ Hội viên.

Phần 5.2 Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe

Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) không được phép yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe.

Quý vị nên làm gì nếu điều này xảy ra?

Nếu quý vị cảm thấy mình đang bị yêu cầu 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) 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần (TTY [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048)).

Phần 5.3 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 kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ phải cho quý vị biết lý do của chúng tôi bằng văn bản về việc kết thúc tư cách hội viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải cho biết quý vị có thể phải làm sao để than phiền hoặc khiếu nại về quyết định của chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị.

Chương 11

Thông báo pháp lý

Chương 11. Thông báo pháp lý

PHẦN 1 Thông báo về luật quản lý

Luật chính áp dụng cho tài liệu *Chứng từ bảo hiểm* này là Mục XVIII của Đạo luật An sinh Xã hội và các quy định được tạo ra theo Đạo luật An sinh Xã hội bởi Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid, hay CMS. Ngoài ra, các luật liên bang khác cũng có thể được áp dụng và trong một số trường hợp, bao gồm cả các luật của Tiểu bang nơi quý vị sống. Điều này có thể ảnh hưởng đến các quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi các luật không được nêu hoặc giải thích trong tài liệu này.

PHẦN 2 Thông báo về việc không phân biệt đối xử

Chúng tôi không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, dân tộc, quốc tịch, màu da, tôn giáo, giới tính, độ tuổi, khuynh hướng tình dục, khuyết tật về tinh thần hoặc thể chất, tình trạng sức khỏe, kinh nghiệm khiếu nại, tiền sử bệnh án, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ. Tất cả các tổ chức cung cấp các chương trình Medicare Advantage, như chương trình của chúng tôi, phải tuân thủ luật Liên bang chống phân biệt đối xử, bao gồm Tiêu đề VI của Đạo luật Dân quyền năm 1964, Đạo luật Phục hồi chức năng năm 1973, Đạo luật Phân biệt đối xử theo Độ tuổi năm 1975, Đạo luật Người khuyết tật Hoa Kỳ, Phần 1 Điều 557 của Đạo luật Chăm sóc Giá cả phải chăng, tất cả các luật khác áp dụng cho các tổ chức nhận tài trợ của Liên bang và bất kỳ luật và quy định nào khác áp dụng vì bất kỳ lý do nào khác.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc có thắc mắc về phân biệt đối xử hoặc đối xử không công bằng, vui lòng gọi đến **Văn phòng Dân quyền** của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh theo số 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) hoặc Văn phòng Dân quyền địa phương của quý vị. Quý vị cũng có thể xem lại thông tin từ Văn phòng Dân quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh tại <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần trợ giúp tiếp cận với dịch vụ chăm sóc, vui lòng gọi Dịch vụ Hội viên. Nếu quý vị muốn khiếu nại, như khi gặp khó khăn trong việc xin xe lăn, Ban Dịch vụ Hội viên có thể giúp quý vị.

PHẦN 3 Thông báo về quyền thay thế của Người trả tiền thứ cấp của Medicare

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm phải thu tiền đối với các dịch vụ được Medicare bảo hiểm nhưng Medicare không phải là đơn vị thanh toán chính. Theo quy định của CMS tại các phần 422.108 và 423.462 của 42 CFR, Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP), với tư cách là Tổ chức Medicare Advantage, sẽ thực hiện các quyền thu hồi giống như Bộ trưởng thực hiện theo quy định của CMS tại các tiểu mục B đến D của phần 411 của 42 CFR và các quy tắc được thiết lập trong phần này thay thế mọi luật của Tiểu bang.

Trong một số trường hợp, các bên khác phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị trước chương trình Medicare Advantage của quý vị. Trong những trường hợp đó, chương trình Medicare Advantage của quý vị có thể thanh toán, nhưng có quyền được những bên khác này hoàn lại tiền. Các chương trình Medicare Advantage có thể không phải là bên thanh toán ban đầu cho dịch vụ chăm sóc y tế quý vị nhận được. Những trường hợp này bao gồm những trường hợp trong đó Chương trình Medicare Liên bang được xem là bên thanh toán thứ cấp theo luật Bên thanh toán Thứ cấp của Medicare. Để biết thêm thông tin về chương trình Bên thanh toán Thứ cấp Medicare Liên bang, Medicare đã soạn một cuốn sách cung cấp thông tin chung về những gì xảy ra khi những người có Medicare có bảo hiểm bổ sung. Nó được gọi là *Medicare và các quyền lợi sức khỏe khác: Hướng dẫn về việc ai trả tiền trước (ấn bản số 02179)*. Quý vị có thể nhận được một bản sao bằng cách gọi đến số 1-800-MEDICARE, 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần, hoặc bằng cách truy cập trang web www.medicare.gov.

Quyền thu hồi trong những trường hợp đó của chương trình dựa trên điều khoản của hợp đồng với chương trình bảo hiểm y tế này, cũng như các điều khoản của đạo luật liên bang điều chỉnh Chương trình Medicare. Bảo hiểm chương trình Medicare Advantage của quý vị luôn xếp sau bất kỳ khoản thanh toán nào được thực hiện hoặc được dự kiến thực hiện một cách hợp lý theo:

- Luật bồi thường cho người lao động hoặc chương trình của Hoa Kỳ hoặc của Tiểu bang,
- Bất kỳ bảo hiểm nào không kể bên có lỗi, gồm cả bảo hiểm thanh toán y tế và bảo hiểm xe hơi và phi xe hơi không kể bên có lỗi,
- Bất kỳ chương trình hoặc hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm nào (gồm cả chương trình tự bảo hiểm) được cấp theo bảo hiểm xe hơi hoặc loại bảo hiểm hoặc hợp đồng bảo hiểm khác, và
- Bất kỳ chương trình hoặc hợp đồng bảo hiểm xe hơi nào (gồm cả chương trình tự bảo hiểm), bao gồm, nhưng không giới hạn, bảo hiểm người lái xe không có bảo hiểm và có bảo hiểm dưới mức.

Vì chương trình Medicare Advantage của quý vị luôn xếp sau bất kỳ bảo hiểm thanh toán y tế hoặc bảo hiểm xe hơi không kể bên có lỗi (Bảo vệ Thương tích Cá nhân) nào, quý vị nên xem xét kỹ hợp đồng bảo hiểm xe hơi của mình để đảm bảo các điều khoản của hợp đồng phù hợp đã được lựa chọn để bảo hiểm xe hơi của quý vị là bên chi trả ban đầu cho điều trị y tế phát sinh do tai nạn xe hơi.

Như đã được mô tả trong đây, trong những trường hợp này, chương trình Medicare Advantage của quý vị có thể thanh toán thay cho quý vị cho dịch vụ chăm sóc y tế này, theo các điều kiện trong điều khoản này để chương trình thu lại số tiền thanh toán này từ quý vị hoặc từ các bên khác. Ngay khi thực hiện bất kỳ thanh toán có điều kiện nào, chương trình Medicare Advantage của quý vị sẽ được trao (đứng ở vị trí của) mọi quyền thu hồi mà quý vị có đối với bất kỳ người, tổ chức hoặc hãng bảo hiểm nào chịu trách nhiệm vì gây ra chấn thương, bệnh hoặc tình trạng của quý vị hoặc đối với bất kỳ người, tổ chức hoặc hãng bảo hiểm nào có tên trong danh sách là bên thanh toán đầu tiên nêu trên.

Ngoài ra, nếu quý vị nhận thanh toán từ bất kỳ người, tổ chức hoặc hãng bảo hiểm nào chịu trách nhiệm vì gây ra chấn thương, bệnh hoặc tình trạng của quý vị hoặc quý vị nhận thanh toán từ bất kỳ người, tổ chức hoặc hãng bảo hiểm nào có tên trong danh sách là bên thanh toán ban đầu nêu trên, chương trình Medicare Advantage của quý vị có quyền thu từ, và được bồi hoàn bởi quý vị cho mọi khoản thanh toán có điều kiện mà chương trình đã thực hiện hoặc sẽ thực hiện do chấn thương, bệnh hoặc tình trạng đó.

Chương trình Medicare Advantage của quý vị sẽ tự động có quyền giữ, đến phạm vi các quyền lợi mà chương trình đã thanh toán cho việc điều trị chấn thương, bệnh hoặc tình trạng, mọi thu hồi dù bằng thanh toán, phán quyết hoặc cách khác. Quyền giữ lại này có thể bắt buộc đối với bất kỳ bên nào sở hữu quỹ hoặc tiền thể hiện số quyền lợi được Chương trình thanh toán bao gồm, nhưng không giới hạn, quý vị, người đại diện của quý vị, bất kỳ người, tổ chức hoặc hãng bảo hiểm nào chịu trách nhiệm vì gây ra chấn thương, bệnh hoặc tình trạng của quý vị hoặc bất kỳ người, tổ chức hoặc hãng bảo hiểm nào có tên là bên thanh toán ban đầu nêu trên.

Chương 11. Thông báo pháp lý

Khi chấp nhận các quyền lợi (dù việc thanh toán những quyền lợi đó được thực hiện bởi quý vị hoặc được thực hiện thay mặt quý vị cho bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào) từ chương trình Medicare Advantage của quý vị, quý vị thừa nhận rằng quyền thu hồi của chương trình là yêu cầu ưu tiên đầu tiên và phải được trả cho chương trình trước bất kỳ yêu cầu nào khác cho các thiệt hại của quý vị. Chương trình sẽ có quyền được bồi hoàn toàn bộ trên cơ sở đồng đô-la từ bất kỳ khoản thanh toán nào, ngay cả nếu khoản thanh toán đó cho chương trình sẽ dẫn đến việc thu hồi đối với quý vị mà không đủ để khôi phục cho quý vị hoặc bồi thường một phần hoặc toàn bộ cho những thiệt hại mà quý vị phải chịu. Chương trình Medicare Advantage của quý vị không bắt buộc phải tham gia vào hoặc thanh toán các chi phí toà án hoặc chi phí luật sư cho bất kỳ luật sư nào mà quý vị thuê để theo đuổi yêu cầu bồi thường cho thiệt hại của quý vị.

Chương trình Medicare Advantage của quý vị có quyền thu hồi toàn bộ bất kể trách nhiệm thanh toán được thừa nhận bởi bất kỳ người, tổ chức hoặc hãng bảo hiểm nào chịu trách nhiệm vì gây ra chấn thương, bệnh hoặc tình trạng của quý vị hoặc bởi bất kỳ người, tổ chức hoặc hãng bảo hiểm nào có tên là bên thanh toán ban đầu nêu trên. Chương trình có quyền thu hồi toàn bộ bất kể là thanh toán hoặc phán quyết mà quý vị nhận được nhận diện các quyền lợi y tế mà chương trình đã cung cấp hoặc có ý định phân bổ bất kỳ phần nào của thanh toán hoặc phán quyết đó cho việc thanh toán các chi phí không phải chi phí y tế. Chương trình Medicare Advantage có quyền thu hồi từ bất kỳ và tất cả các thanh toán hoặc phán quyết, ngay cả những thanh toán hoặc phán quyết đó chỉ dành cho cơn đau và sự đau đớn, các thiệt hại phi kinh tế và/hoặc các thiệt hại nói chung.

Quý vị và đại diện hợp pháp của quý vị phải hoàn toàn phối hợp với nỗ lực của chương trình để thu hồi các quyền lợi của chương trình đã thanh toán. Quý vị có trách nhiệm thông báo cho chương trình trong vòng 30 ngày kể từ ngày thông báo được gửi tới bất kỳ bên nào, bao gồm công ty bảo hiểm hoặc luật sư, về ý định theo đuổi hoặc điều tra khiếu nại để đòi bồi thường thiệt hại hoặc được bồi thường do thương tích, bệnh tật hoặc tình trạng của quý vị. Quý vị và đại diện của quý vị phải cung cấp mọi thông tin mà chương trình hoặc đại diện của chương trình yêu cầu. Quý vị không được làm gì gây phương hại đến lợi ích thể quyền hoặc thu hồi của chương trình Medicare Advantage của mình hoặc gây phương hại đến khả năng thực thi các điều khoản của quy định này. Việc này bao gồm, nhưng không giới hạn, không thực hiện bất kỳ thanh toán hoặc thu hồi nào nhằm giảm hoặc loại trừ toàn bộ chi phí của tất cả các quyền lợi mà chương trình cung cấp.

Việc không cung cấp các thông tin yêu cầu hoặc không hỗ trợ chương trình Medicare Advantage trong việc theo đuổi sự thể quyền hoặc quyền thu hồi có thể khiến quý vị phải chịu trách nhiệm bồi hoàn cho chương trình cho các quyền lợi đã thanh toán liên quan đến chấn thương, bệnh hoặc tình trạng cũng như các chi phí và phí luật sư hợp lý mà chương trình phải trả để nhận bồi hoàn từ quý vị. Để biết thêm thông tin, xem 42 U.S.C. § 1395y(b)(2)(A)(ii) và các quy chế của Medicare.

PHẦN 4 Thông báo về việc thu hồi số tiền thanh toán thừa

Nếu các lợi ích được trả bởi *Chứng từ bảo hiểm* này, cộng với các quyền lợi do các chương trình khác chi trả, vượt quá tổng số tiền chi phí, Aetna có quyền thu hồi số tiền thanh toán vượt mức đó từ một hoặc nhiều nguồn sau đây: (1) bất kỳ người nào được thanh toán cho hoặc thay mặt cho người đó; (2) các Chương trình khác; hoặc (3) bất kỳ thực thể nào khác được thanh toán cho. Quyền thu hồi này sẽ được thực hiện theo quyết định riêng của Aetna. Quý vị phải ký kết bất kỳ tài liệu nào và hợp tác với Aetna để đảm bảo quyền thu hồi các khoản thanh toán vượt mức đó theo yêu cầu của Aetna.

PHẦN 5 **Quyết định phạm vi bảo hiểm quốc gia**

Đôi khi Medicare thêm bảo hiểm theo Original Medicare cho các dịch vụ mới trong năm. Nếu Medicare bổ sung phạm vi bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ nào trong năm 2025, Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ đó. Khi chúng tôi nhận được thông tin cập nhật về bảo hiểm từ Medicare, được gọi là Quyết định Bảo hiểm Quốc gia, chúng tôi sẽ đăng thông tin cập nhật về bảo hiểm trên trang web của chúng tôi tại AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp. Quý vị cũng có thể gọi cho Dịch vụ Hội viên để nhận thông tin cập nhật về bảo hiểm đã được công bố cho năm quyền lợi.

Chương 12

Định nghĩa các từ quan trọng

Trung tâm phẫu thuật ngoại trú – Trung tâm phẫu thuật ngoại trú là đơn vị hoạt động chuyên biệt nhằm mục đích cung cấp dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho bệnh nhân không cần nhập viện và thời gian lưu trú tại trung tâm không quá 24 giờ.

Kháng cáo – Kháng cáo là hành động quý vị thực hiện nếu không đồng ý với quyết định từ chối yêu cầu chi trả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc theo toa hoặc thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc mà quý vị đã nhận được. Quý vị cũng có thể khiếu nại nếu không đồng ý với quyết định ngừng cung cấp dịch vụ mà quý vị đang nhận.

Thời kỳ Thụ hưởng – Cách mà cả chương trình của chúng tôi và Original Medicare đo lường mức độ sử dụng dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) của quý vị. Thời kỳ quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Thời gian hưởng quyền lợi sẽ kết thúc khi quý vị không nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc chuyên môn nào tại SNF trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị vào một cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi thời kỳ quyền lợi đã chấm dứt thì một thời kỳ quyền lợi mới sẽ bắt đầu được tính. Không có giới hạn về số kỳ quyền lợi.

Sản phẩm sinh học – Thuốc theo toa được làm từ nguồn tự nhiên và sống như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn hoặc nấm men. Các sinh phẩm phức tạp hơn các loại thuốc khác và không thể sao chép chính xác nên các dạng thay thế được gọi là thuốc sinh học tương tự. (Xem thêm **“Sản phẩm sinh học nguyên bản”** và **“Sinh học tương tự”**)

Sinh học tương tự – Một sản phẩm sinh học rất giống nhưng không giống hệt với sản phẩm sinh học gốc. Thuốc sinh học tương tự an toàn và hiệu quả như sản phẩm sinh học nguyên bản. Một số thuốc sinh học tương tự có thể được thay thế cho sản phẩm sinh học nguyên bản tại nhà thuốc mà không cần đơn thuốc mới (Xem **“Sinh học tương tự có thể hoán đổi”**).

Thuốc Chính hiệu – Một loại thuốc theo toa được sản xuất và bán bởi công ty dược phẩm đã nghiên cứu và phát triển loại thuốc đó. Các thuốc chính hiệu có cùng công thức thành phần hoạt tính như thuốc gốc. Tuy nhiên, thuốc gốc được sản xuất và bán bởi các nhà sản xuất thuốc khác và thường không có sẵn cho đến khi bằng sáng chế của thuốc chính hiệu hết hạn.

Giai đoạn bảo hiểm thảm họa – Giai đoạn trong Quyền lợi thuốc Phần D bắt đầu khi quý vị (hoặc các bên đủ điều kiện khác thay mặt quý vị) đã chi \$2,000 cho các loại thuốc được bảo hiểm theo Phần D trong năm được bảo hiểm. Trong giai đoạn thanh toán này, chương trình sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cho các loại thuốc Phần D được bao trả của quý vị. Quý vị không phải trả đồng nào.

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) – Cơ quan Liên bang quản lý Medicare.

Kế hoạch chăm sóc đặc biệt cho bệnh mạn tính – C-SNP là SNP hạn chế việc ghi danh đối với những cá nhân đủ điều kiện MA mắc một hoặc nhiều tình trạng bệnh mạn tính nghiêm trọng hoặc gây tàn tật, theo định nghĩa trong 42 CFR 422.2, bao gồm hạn chế việc ghi danh dựa trên nhiều nhóm tình trạng bệnh lý đi kèm phổ biến và có liên quan về mặt lâm sàng được xác định trong 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Đồng bảo hiểm – Số tiền quý vị có thể phải trả, được thể hiện dưới dạng phần trăm (ví dụ: 20%) là chi phí cho các dịch vụ hoặc thuốc theo toa sau khi quý vị đã trả bất kỳ khoản khấu trừ nào.

Khiếu nại – Tên gọi chính thức để khiếu nại là **nộp đơn phàn nàn**. Quy trình khiếu nại chỉ được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định. Điều này bao gồm các vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian đợi và dịch vụ khách hàng quý vị nhận được. Nó cũng bao gồm các khiếu nại nếu chương trình của quý vị không tuân thủ thời hạn trong quy trình kháng cáo.

Chương 12. Định nghĩa các từ quan trọng

Cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF) – Cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi bị bệnh hoặc bị thương, bao gồm vật lý trị liệu, dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, liệu pháp hô hấp, liệu pháp nghề nghiệp và dịch vụ bệnh lý ngôn ngữ - lời nói, và dịch vụ đánh giá môi trường gia đình.

Đồng thanh toán (hoặc tiền đồng trả) – Một số tiền quý vị có thể được yêu cầu phải trả theo phần chia sẻ chi phí của quý vị cho một dịch vụ hoặc vật tư y tế, như thăm khám bác sĩ, khám ngoại trú tại bệnh viện hoặc thuốc theo toa. Đồng thanh toán là một số tiền cố định (ví dụ \$10), chứ không phải là một tỷ lệ phần trăm.

Chia sẻ chi phí – Chia sẻ chi phí là số tiền mà hội viên phải trả khi nhận được dịch vụ hoặc thuốc. Chia sẻ chi phí bao gồm mọi kết hợp của ba kiểu thanh toán sau: (1) bất kỳ số tiền khấu trừ nào mà một chương trình có thể áp dụng trước khi các dịch vụ hoặc thuốc được chi trả; (2) bất kỳ số tiền đồng thanh toán cố định nào mà một chương trình yêu cầu khi nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể; hoặc (3) bất kỳ số tiền đồng thanh toán nào, một tỷ lệ phần trăm của tổng số tiền được thanh toán cho một dịch vụ hoặc thuốc mà một chương trình yêu cầu khi nhận được một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể.

Quyết Định Bảo Hiểm – Quyết định về việc liệu một loại thuốc kê toa cho quý vị có được chương trình bao trả hay không và số tiền, nếu có, quý vị được yêu cầu thanh toán cho thuốc theo toa. Nói chung nếu quý vị mang đơn thuốc của mình đến một nhà thuốc và nhà thuốc đó nói rằng đơn thuốc đó không được chương trình của quý vị bảo hiểm thì đó không phải là thẩm định bảo hiểm. Quý vị cần gọi điện thoại hoặc viết thư cho chương trình của quý vị để yêu cầu có một quyết định chính thức về bảo hiểm đó. Trong tài liệu này, các xác định về phạm vi bảo hiểm được gọi là quyết định bảo hiểm.

Thuốc Được Bao Trả – Thuật ngữ chúng tôi sử dụng có nghĩa là tất cả các thuốc theo toa được chương trình của chúng tôi bao trả.

Dịch Vụ Được Bao Trả – Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các dịch vụ và vật tư chăm sóc sức khỏe được bảo hiểm của chúng tôi chi trả.

Bảo Hiểm Thuốc Kê Toa Uy Tín – Bảo hiểm thuốc kê toa (ví dụ: từ một chủ hãng sở hoặc công đoàn) mà sẽ phải trả, trung bình, ít nhất là nhiều như bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare. Những người có loại bảo hiểm này khi hội đủ điều kiện tham gia Medicare thường có thể duy trì loại bảo hiểm đó mà không phải trả phí phạt nếu họ quyết định ghi danh bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare sau này.

Chăm Sóc Giám Hộ – Chăm sóc giám hộ là dịch vụ chăm sóc cá nhân được cung cấp trong dưỡng đường, nhà dưỡng lão, hoặc các cơ sở khác khi quý vị không cần được chăm sóc y tế chuyên môn hoặc chăm sóc điều dưỡng chuyên môn. Dịch vụ chăm sóc giám hộ, được cung cấp bởi những người không có kỹ năng hoặc đào tạo chuyên môn, bao gồm giúp thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày như tắm rửa, mặc quần áo, ăn uống, lên hoặc xuống giường hoặc ghế, đi loanh quanh và sử dụng phòng tắm. Chăm sóc này cũng có thể bao gồm loại chăm sóc liên quan đến sức khỏe mà hầu hết mọi người tự làm, chẳng hạn như nhỏ mắt. Medicare không chi trả cho dịch vụ chăm sóc giám hộ.

Tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày – Tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày có thể được áp dụng khi bác sĩ của quý vị kê toa dưới một tháng cung cấp một số loại thuốc nhất định cho quý vị và quý vị phải trả tiền đồng thanh toán. Mức chia sẻ chi phí hàng ngày là khoản đồng thanh toán được chia theo ngày trong tháng cung cấp. Sau đây là ví dụ: Nếu khoản đồng thanh toán của quý vị cho nguồn cung cấp thuốc trong một tháng là \$30 và nguồn cung cấp thuốc trong một tháng theo chương trình của quý vị là 30 ngày, thì mức chia sẻ chi phí hàng ngày của quý vị là \$1/ngày.

Khoản Khấu Trừ – Số tiền quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc theo toa trước khi chương trình của chúng tôi thanh toán.

Rút tên hoặc Sự rút tên – Quy trình kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

Phí Pha Chế – Khoản phí tính mỗi lần một loại thuốc được bao trả được phân phát để thanh toán cho chi phí mua thuốc theo toa, chẳng hạn như thời gian của dược sĩ để chuẩn bị và đóng gói thuốc theo toa.

Cá nhân đủ điều kiện kép – Người đủ điều kiện được hưởng bảo hiểm Medicare và Medicaid.

Chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép (D-SNP) – Một loại chương trình dành cho những cá nhân đủ điều kiện hưởng cả Medicare (Tiêu đề XVIII của Đạo luật An sinh Xã hội) và hỗ trợ y tế từ một chương trình của tiểu bang theo Medicaid (Tiêu đề XIX). Các tiểu bang chi trả một phần hoặc toàn bộ chi phí Medicare, tùy thuộc vào tiểu bang và tình trạng hội đủ điều kiện của cá nhân.

Thiết Bị Y Tế Bền Lâu (DME) – Một số thiết bị y tế nhất định được bác sĩ yêu cầu vì các lý do y tế. Ví dụ bao gồm xe tập đi, xe lăn, nạng, hệ thống nệm điện, đồ dùng cho bệnh nhân tiểu đường, máy bơm truyền dịch tĩnh mạch, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị cung cấp oxy, máy phun sương hoặc giường bệnh do nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng tại nhà.

Cấp cứu – Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị hoặc bất kỳ người bình thường thận trọng nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học, tin rằng quý vị có các triệu chứng bệnh lý cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa mất mạng (và nếu quý vị là phụ nữ mang thai, có thể mất thai nhi), mất chi, hoặc mất chức năng của chi, hoặc mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng bệnh lý có thể là bệnh tật, chấn thương, đau dữ dội hoặc tình trạng bệnh lý đang trở nên trầm trọng hơn nhanh chóng.

Chăm Sóc Cấp Cứu – Các dịch vụ được bao trả là: (1) do nhà cung cấp đủ điều kiện cung cấp dịch vụ cấp cứu; và (2) cần thiết để điều trị, đánh giá hoặc ổn định tình trạng y tế khẩn cấp.

Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC) và Thông Tin Tiết lộ – Tài liệu này, cùng với mẫu đơn ghi danh và bất kỳ tài liệu đính kèm, điều khoản bổ sung hoặc bảo hiểm tùy chọn nào khác đã chọn, giải thích về phạm vi bảo hiểm của quý vị, những gì chúng tôi phải làm, quyền của quý vị và những gì quý vị phải làm với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi.

Ngoại lệ – Một loại quyết định bảo hiểm, nếu được chấp thuận, cho phép quý vị nhận được một loại thuốc không có trong danh mục thuốc của chúng tôi (ngoại lệ danh mục thuốc) hoặc nhận một loại thuốc không được ưu tiên ở mức chia sẻ chi phí thấp hơn (ngoại lệ theo hạng). Quý vị cũng có thể yêu cầu một ngoại lệ nếu nhà tài trợ chương trình của chúng tôi yêu cầu quý vị thử một loại thuốc khác trước khi nhận được loại thuốc quý vị yêu cầu, nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu phải có sự chấp thuận trước đối với một loại thuốc và quý vị muốn chúng tôi miễn trừ các hạn chế về tiêu chí, hoặc nếu chương trình của chúng tôi giới hạn số lượng hoặc liều lượng của loại thuốc quý vị yêu cầu (ngoại lệ về danh mục thuốc).

Trợ cấp Đặc biệt – Chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán chi phí chương trình thuốc theo toa của Medicare, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm.

Chương 12. Định nghĩa các từ quan trọng

Thuốc Gốc – Một loại thuốc theo toa được chấp thuận bởi Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) vì có (các) thành phần hoạt tính tương tự như thuốc chính hiệu. Nhìn chung, thuốc gốc có tác dụng tương tự như thuốc chính hiệu và thường có giá thành thấp hơn.

Than phiền – Một loại khiếu nại mà quý vị đưa ra về chương trình, nhà cung cấp hoặc nhà thuốc của chúng tôi, bao gồm khiếu nại về chất lượng chăm sóc của quý vị. Điều này không liên quan đến tranh chấp về bảo hiểm hoặc thanh toán.

Tổ chức Duy trì Sức khỏe (HMO) – Một loại hình chương trình chăm sóc sức khỏe do Medicare quản lý, trong đó một nhóm bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác đồng ý cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho những người hưởng lợi Medicare với một số tiền cố định từ Medicare hàng tháng. Thông thường, quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp có trong chương trình.

Trợ Lý Sức Khỏe Tại Gia – Người cung cấp dịch vụ không cần kỹ năng của y tá hoặc nhà trị liệu được cấp phép, chẳng hạn như giúp chăm sóc cá nhân (ví dụ: tắm rửa, sử dụng nhà vệ sinh, thay quần áo, hoặc thực hiện các bài tập quy định).

Chăm sóc cuối đời – Một quyền lợi cung cấp điều trị đặc biệt cho một hội viên đã được chứng nhận y tế là bị bệnh giai đoạn cuối, có nghĩa là có tuổi thọ từ 6 tháng trở xuống. Chúng tôi, chương trình của quý vị, phải cung cấp cho quý vị danh sách các bệnh viện dành cho bệnh nhân giai đoạn cuối ở khu vực địa lý của quý vị. Nếu quý vị chọn bệnh viện dành cho bệnh nhân giai đoạn cuối và tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm, quý vị vẫn còn là hội viên của chương trình. Quý vị vẫn có thể nhận được mọi dịch vụ y tế cần thiết cũng như các quyền lợi bổ sung mà chúng tôi cung cấp.

Nằm Viện Nội Trú – Thời gian nằm viện khi quý vị đã chính thức nhập viện để nhận các dịch vụ y tế chuyên môn. Thậm chí nếu quý vị nằm viện qua đêm, quý vị vẫn có thể là một bệnh nhân ngoại trú.

Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (IRMAA) – Nếu tổng thu nhập đã điều chỉnh của quý vị như được báo cáo trên bản khai thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước vượt quá một số tiền nhất định, quý vị sẽ phải trả số tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn và Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập, còn gọi là IRMAA. IRMAA là phụ phí tính vào phí bảo hiểm của quý vị. Ít hơn 5% người tham gia Medicare bị ảnh hưởng, vì vậy hầu hết mọi người sẽ không phải trả phí bảo hiểm cao hơn.

Hiệp hội hành nghề độc lập (IPA) – IPA hay Hiệp hội Hành nghề Độc lập là một nhóm bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe độc lập theo hợp đồng để cung cấp dịch vụ cho các hội viên của tổ chức chăm sóc được quản lý (xem Chương 1, Phần 6).

Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu – Đây là giai đoạn trước khi chi phí xuất túi của quý vị trong năm đạt đến số tiền ngưỡng xuất túi.

Giai đoạn ghi danh ban đầu – Khi quý vị lần đầu đủ điều kiện tham gia Medicare, khoảng thời gian quý vị có thể ghi danh Medicare Phần A và Phần B. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare khi quý vị 65 tuổi, thì Thời gian ghi danh ban đầu của quý vị là khoảng thời gian 7 tháng bắt đầu 3 tháng trước tháng quý vị 65 tuổi, bao gồm tháng quý vị 65 tuổi và kết thúc 3 tháng sau tháng quý vị 65 tuổi.

Chương trình nhu cầu đặc biệt của tổ chức (SNP) – Một chương trình dành cho những cá nhân đủ điều kiện cư trú liên tục hoặc dự kiến sẽ cư trú liên tục trong 90 ngày hoặc lâu hơn tại một cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC). Các cơ sở này có thể bao gồm cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF), viện dưỡng lão (NF), (SNF/NF), Cơ sở Chăm sóc Trung gian dành cho Người Khuyết tật Trí tuệ (ICF/IID), cơ sở tâm thần nội trú và/hoặc các cơ sở được phê duyệt bởi CMS cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn tương tự được bao trả theo Medicare Phần A, Medicare Phần B hoặc Medicaid; và cư dân của họ có nhu cầu và tình trạng chăm sóc sức khỏe tương tự như các loại cơ sở được nêu tên khác. Kế hoạch nhu cầu đặc biệt của tổ chức phải có thỏa thuận hợp đồng với (hoặc sở hữu và vận hành) các cơ sở LTC cụ thể.

Chương trình nhu cầu đặc biệt tương đương của tổ chức (SNP) – Một chương trình dành cho những cá nhân đủ điều kiện đang sống trong cộng đồng nhưng cần mức độ chăm sóc tại cơ sở dựa trên đánh giá của Tiểu bang. Việc đánh giá phải được thực hiện bằng cách sử dụng cùng một công cụ đánh giá mức độ chăm sóc tương ứng của Tiểu bang và được quản lý bởi một đơn vị không phải là tổ chức cung cấp chương trình. Loại Kế hoạch nhu cầu đặc biệt này có thể hạn chế việc ghi danh đối với những cá nhân cư trú tại cơ sở hỗ trợ sinh hoạt theo hợp đồng (ALF) nếu cần thiết để đảm bảo cung cấp dịch vụ chăm sóc chuyên khoa đồng đều.

D-SNP tích hợp – Một D-SNP chi trả cho Medicare và hầu hết hoặc toàn bộ các dịch vụ Medicaid theo một chương trình chăm sóc sức khỏe duy nhất dành cho một số nhóm cá nhân đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medicaid. Những cá nhân này còn được gọi là cá nhân hội đủ điều kiện hưởng toàn bộ quyền lợi kép.

Thuốc sinh học tương tự có thể hoán đổi – Thuốc sinh học tương tự có thể được sử dụng để thay thế cho sản phẩm thuốc sinh học tương tự gốc tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới vì 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 của tiểu bang.

Danh sách thuốc được bao trả (Danh mục thuốc hoặc Danh sách thuốc) – Danh sách các loại thuốc theo toa được bảo hiểm chi trả.

Trợ cấp thu nhập thấp (LIS) – Xem “Trợ cấp Đặc biệt”.

Chương trình Chiết khấu của nhà sản xuất – Một chương trình mà các nhà sản xuất thuốc trả một phần chi phí đầy đủ của chương trình cho các loại thuốc chính hiệu và thuốc sinh học được bảo hiểm theo Phần D. Chiết khấu dựa trên thỏa thuận giữa Chính phủ liên bang và các nhà sản xuất thuốc.

Số tiền Tự trả Tối đa – Số tiền lớn nhất mà quý vị phải trả trong năm dương lịch cho các dịch vụ được bảo hiểm. Phí bảo hiểm Phần A và Phần B của Medicare, và các thuốc theo toa không tính vào khoản tự chi trả tối đa. (**Lưu ý:** Bởi vì các hội viên của chúng tôi cũng nhận được sự hỗ trợ từ Medicaid, nên rất ít hội viên đạt được mức tự trả tối đa này.)

Medicaid (hoặc Hỗ Trợ Y Tế) – Một chương trình liên bang và tiểu bang giúp đỡ về chi phí y tế cho một số người có thu nhập thấp và các nguồn lực hạn chế. Các chương trình Medicaid của tiểu bang là khác nhau, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe được bảo hiểm nếu quý vị đủ điều kiện tham gia cả Medicare lẫn Medicaid.

Chỉ định được chấp nhận về mặt y khoa – Việc sử dụng thuốc được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm chấp thuận hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông tin Thuốc của Dịch vụ Công thức Bệnh viện Hoa Kỳ và hệ thống Thông tin DRUGDEX của Micromedex.

Chương 12. Định nghĩa các từ quan trọng

Cần Thiết Về Mặt Y Tế – Dịch vụ, vật tư hoặc thuốc cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị bệnh trạng của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn y tế được chấp nhận.

Medicare – Chương trình bảo hiểm y tế Liên Bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị khuyết tật nhất định và người bị Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (thường là những người bị suy thận vĩnh viễn cần chạy thận hoặc ghép thận).

Giai đoạn ghi danh mở của Medicare Advantage – Khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 khi các hội viên trong chương trình Medicare Advantage có thể hủy ghi danh chương trình và chuyển sang chương trình Medicare Advantage khác hoặc được bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn chuyển sang Original Medicare trong suốt thời gian này, quý vị cũng có thể tham gia chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt tại thời điểm đó. Thời gian ghi danh mở của Medicare Advantage cũng có hiệu lực trong thời hạn 3 tháng sau khi cá nhân lần đầu hội đủ điều kiện tham gia Medicare.

Chương Trình Medicare Advantage (MA) – Đôi khi quý vị đã gọi cho Medicare Phần C. Một chương trình do một công ty tư nhân cung cấp có hợp đồng với Medicare để cung cấp cho quý vị tất cả các quyền lợi Medicare Phần A và Phần B của quý vị. Chương trình Medicare Advantage có thể là i. HMO, ii. PPO, iii. Kế hoạch Dịch vụ Thu phí Riêng (PFFS) hoặc iv. Kế hoạch Tài khoản Tiết kiệm Y tế Medicare (MSA). Bên cạnh việc chọn từ các loại chương trình này, chương trình Medicare Advantage HMO hoặc PPO cũng có thể là Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP). Trong hầu hết trường hợp, các chương trình Medicare Advantage cũng cung cấp Medicare Phần D (bảo hiểm thuốc theo toa). Các chương trình này được gọi là **Chương trình Medicare Advantage có Bảo hiểm Thuốc theo toa**.

Dịch Vụ được Medicare Bao Trả – Các dịch vụ được Medicare Phần A và Phần B bao trả. Tất cả các chương trình sức khỏe của Medicare phải bảo hiểm cho tất cả các dịch vụ được Medicare Phần A và B bao trả. Thuật ngữ Dịch Vụ Được Medicare Bao Trả không bao gồm các quyền lợi bổ sung, chẳng hạn như nhãn khoa, nha khoa hoặc thính giác, mà một chương trình Medicare Advantage có thể cung cấp.

Chương Trình Medicare Health – Một chương trình sức khỏe Medicare được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare để cung cấp các quyền lợi Phần A và Phần B cho những người có Medicare ghi danh vào chương trình. Điều khoản này bao gồm tất cả các Chương trình Medicare Advantage, Chương trình Chi phí Medicare, Chương trình Nhu cầu Đặc biệt, Chương trình Trình diễn/Thí điểm, và Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi (PACE).

Bảo Hiểm Thuốc Kê Toa Medicare (Medicare Phần D) – Bảo hiểm để giúp thanh toán cho các loại thuốc theo toa ngoại trú, vắc-xin, sinh học, và một số vật tư không được Medicare Phần A hoặc Phần B bao trả.

Chính sách Medigap (Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare) – Bảo hiểm bổ sung Medicare được bán bởi các công ty bảo hiểm tư nhân để lấp đầy “khoảng trống” trong Original Medicare. Các hợp đồng bảo hiểm Medigap chỉ có hiệu lực với Original Medicare. (Chương trình Medicare Advantage không phải là hợp đồng bảo hiểm Medigap.)

Hội viên (Hội Viên Chương Trình của chúng tôi, hoặc Hội Viên Chương Trình) – Một người có Medicare đủ điều kiện nhận các dịch vụ được bao trả, đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi và đã được xác nhận bởi Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS).

Dịch Vụ Hội Viên – Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm trả lời thắc mắc của quý vị về hội viên, quyền lợi, khiếu nại và kháng cáo của quý vị.

Mạng lưới – Một nhóm bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chương trình của chúng tôi ký hợp đồng để cung cấp các dịch vụ được bảo hiểm cho các hội viên của mình (xem Chương 1, Phần 3.2). Các nhà cung cấp trong mạng lưới là các nhà thầu độc lập và không phải là đại lý trong chương trình của chúng tôi.

Nhà thuốc mạng lưới – Một nhà thuốc có hợp đồng với chương trình của chúng tôi, nơi các hội viên trong chương trình có thể nhận được quyền lợi về thuốc theo toa. Trong hầu hết các trường hợp, thuốc theo toa của quý vị chỉ được bảo hiểm nếu chúng được mua tại một nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới – Nhà cung cấp là thuật ngữ chung cho các bác sĩ, các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác được Medicare và Nhà Nước cấp phép hoặc chúng nhận để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. **Các nhà cung cấp trong mạng lưới** có thỏa thuận với chương trình của chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi là khoản thanh toán đầy đủ và trong một số trường hợp, sẽ phối hợp cũng như cung cấp các dịch vụ được bảo hiểm cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là nhà cung cấp của chương trình.

Dịch vụ không được Medicare chi trả – Các dịch vụ thường không được chi trả khi quý vị tham gia Original Medicare. Đây thường là những quyền lợi bổ sung mà quý vị có thể nhận được khi là hội viên chương trình Medicare Advantage.

Quyết Định Tổ Chức – Quyết định mà chương trình của chúng tôi đưa ra về việc các hạng mục hoặc dịch vụ có được bao trả hay không hoặc số tiền quý vị phải trả cho các vật tư hoặc dịch vụ được bao trả. Quyết định của tổ chức được gọi là quyết định bảo hiểm trong tài liệu này.

Sản phẩm sinh học gốc – Một sản phẩm sinh học đã được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) chấp thuận và được dùng làm sản phẩm so sánh cho các nhà sản xuất tạo ra phiên bản sinh học tương tự. Nó còn được gọi là sản phẩm tham khảo.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare trả phí theo dịch vụ) – Original Medicare do chính phủ cung cấp, chứ không phải là chương trình bảo hiểm sức khỏe tư nhân như Medicare Advantage Plans và các chương trình thuốc theo toa. Theo Original Medicare, các dịch vụ của Medicare được bao trả bằng cách thanh toán cho các bác sĩ, bệnh viện, và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc khác số tiền mà Quốc hội đã đề ra. Quý vị có thể khám bệnh với bất kỳ bác sĩ, bệnh viện, hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác có nhận Medicare. Quý vị phải trả khoản khấu trừ. Medicare trả khoản chia sẻ của số tiền được Medicare phê duyệt, và quý vị trả khoản chia sẻ của mình. Original Medicare có hai phần: Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) và Phần B (Bảo hiểm Y tế) và có mặt ở khắp nơi trên Hoa Kỳ.

Nhà Thuốc Ngoài Mạng Lưới – Một nhà thuốc không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp thuốc được bao trả cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Hầu hết các loại thuốc quý vị mua từ các nhà thuốc ngoài mạng lưới đều không được chương trình của chúng tôi đài thọ ngoại trừ một số điều kiện nhất định.

Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới hoặc Cơ Sở Ngoài Mạng Lưới – Một nhà cung cấp hoặc cơ sở không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới là những nhà cung cấp không được chương trình của chúng tôi tuyển dụng, sở hữu hoặc điều hành.

Chương 12. Định nghĩa các từ quan trọng

Chi phí tự trả – Xem định nghĩa về chia sẻ chi phí ở trên. Yêu cầu chia sẻ chi phí của hội viên nhằm chi trả cho một phần của dịch vụ hoặc thuốc nhận được còn được gọi là yêu cầu chi phí tự chi trả của hội viên đó.

Ngưỡng xuất túi – Số tiền tối đa quý vị phải tự trả cho Thuốc Phần D.

Chương Trình PACE – Chương trình PACE (Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi) kết hợp các dịch vụ y tế, xã hội và dịch vụ dài hạn và hỗ trợ (LTSS) cho những người yếu thể để giúp mọi người sống độc lập và sống trong cộng đồng của họ (thay vì chuyển đến một cơ sở điều dưỡng) càng lâu càng tốt. Những người đăng ký tham gia chương trình PACE nhận được cả quyền lợi Medicare và Medicaid thông qua chương trình.

Phần C – Xem Chương trình Medicare Advantage (MA).

Phần D – Chương Trình Quyền Lợi Thuốc Theo Toa Medicare tự nguyện.

Thuốc Phần D – Thuốc có thể được bảo hiểm theo Phần D. Chúng tôi có thể cung cấp hoặc không cung cấp tất cả các loại thuốc theo Phần D. Một số loại thuốc đã bị Quốc hội loại trừ khỏi bảo hiểm Phần D. Một số loại thuốc Phần D phải được mọi chương trình đài thọ.

Phạt ghi danh muộn Phần D – Một khoản tiền được cộng vào phí bảo hiểm thuốc hàng tháng của Medicare nếu quý vị không có bảo hiểm uy tín (bảo hiểm dự kiến sẽ chi trả trung bình ít nhất bằng bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare) trong thời gian liên tục là 63 ngày trở lên sau khi quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình Phần D lần đầu. Nếu quý vị mất “Trợ cấp Đặc biệt”, quý vị có thể phải chịu hình phạt ghi danh trễ nếu quý vị không có Phần D hoặc phạm vi bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy khác trong 63 ngày liên tiếp trở lên.

Phí bảo hiểm – Khoản thanh toán định kỳ cho Medicare, công ty bảo hiểm, hoặc một chương trình chăm sóc sức khỏe cho bảo hiểm y tế hoặc thuốc theo toa.

Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP) – Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị khám trước tiên cho hầu hết các vấn đề sức khỏe. Trong nhiều chương trình sức khỏe Medicare, quý vị phải tới gặp bác sĩ chăm sóc chính của quý vị trước khi gặp bất kỳ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.

Cho phép trước – Được chấp thuận trước để nhận dịch vụ hoặc một số loại thuốc nhất định. Các dịch vụ được bảo hiểm cần sự cho phép trước được đánh dấu trong Bảng Quyền lợi Y tế trong Chương 4. Các loại thuốc được bảo hiểm cần phải được phê duyệt trước sẽ được đánh dấu trong danh mục thuốc và tiêu chí của chúng tôi sẽ được đăng trên trang web.

Chỉnh hình và chân tay giả – Thiết bị y tế bao gồm nhưng không giới hạn ở nẹp tay, lưng và cổ; chân tay giả; mắt nhân tạo; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận hoặc chức năng bên trong cơ thể, bao gồm nguồn cung cấp hậu môn nhân tạo và liệu pháp dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và đường tiêm.

Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO) – Một nhóm bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác do chính phủ Liên Bang chi trả để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc đã được cung cấp dành cho bệnh nhân Medicare.

Giới Hạn Số Lượng – Một công cụ quản lý được thiết kế để hạn chế việc sử dụng các loại thuốc đã chọn vì các lý do chất lượng, an toàn hoặc sử dụng. Giới hạn có thể áp dụng đối với lượng thuốc mà chúng tôi bảo hiểm cho mỗi đơn thuốc hoặc cho một khoảng thời gian xác định.

“Công cụ quyền lợi trong thời gian thực” – Cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính mà người ghi danh có thể tra cứu thông tin đầy đủ, chính xác, kịp thời, phù hợp về mặt lâm sàng và thông tin về quyền lợi dành riêng cho người ghi danh. Thông tin này bao gồm số tiền chia sẻ chi phí, thuốc thay thế trong danh mục thuốc có thể được sử dụng cho tình trạng sức khỏe giống như một loại thuốc nhất định, và các giới hạn bảo hiểm (Cho phép trước, Trị liệu từng bước, Giới hạn số lượng) áp dụng cho các loại thuốc thay thế.

Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng – Các dịch vụ này bao gồm vật lý trị liệu, âm ngữ trị liệu, và liệu pháp chức năng.

Khu Vực Dịch Vụ – Một khu vực địa lý nơi quý vị phải sống để tham gia một chương trình bảo hiểm y tế cụ thể. Đối với các chương trình giới hạn bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, thì đây cũng thường là khu vực nơi quý vị có thể nhận được dịch vụ định kỳ dịch vụ (không khẩn cấp). Chương trình phải hủy ghi danh quý vị nếu quý vị chuyển vĩnh viễn ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình.

Chăm Sóc Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF) – Dịch vụ điều dưỡng và phục hồi chức năng chuyên môn được cung cấp liên tục hàng ngày tại một cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Các ví dụ về chăm sóc bao gồm vật lý trị liệu hoặc tiêm đường tĩnh mạch mà chỉ có thể được thực hiện bởi một y tá hoặc bác sĩ đã đăng ký.

Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt – Một loại chương trình đặc biệt của Chương Trình Medicare Advantage cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tập trung hơn cho các nhóm người cụ thể, chẳng hạn như những người có cả Medicare và Medicaid, sống trong đường đường hoặc có một số bệnh trạng mạn tính nhất định.

Liệu Pháp Bước – Một công cụ sử dụng yêu cầu quý vị trước tiên dùng thử một loại thuốc khác để điều trị bệnh trạng của quý vị trước khi chúng tôi bảo hiểm cho thuốc mà bác sĩ của quý vị có thể đã kê toa ban đầu.

Thu nhập an sinh bổ sung (SSI) – Trợ cấp hàng tháng do An sinh Xã hội trả cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế, bị khuyết tật, mù hoặc từ 65 tuổi trở lên. Các quyền lợi SSI và các quyền lợi An sinh Xã hội không phải là một.

Dịch vụ cần thiết khẩn cấp – Một dịch vụ được bảo hiểm yêu cầu chăm sóc y tế ngay lập tức mà không phải trường hợp cấp cứu là dịch vụ cần thiết khẩn cấp nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc việc nhận dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng là không hợp lý xét theo thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết cấp bách là các bệnh tật và thương tích không lường trước được hoặc các bệnh trạng đã có sẵn bùng phát bất ngờ. Tuy nhiên, các chuyến thăm khám định kỳ cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như kiểm tra sức khỏe hàng năm, không được coi là cần thiết cấp bách ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình tạm thời không khả dụng.

PHỤ LỤC A:
Thông tin liên lạc quan trọng

Tổ chức Cải tiến Chất lượng (QIO)	
Khu vực 3: Delaware, District of Columbia, Maryland, Pennsylvania, Virginia, West Virginia	Livanta, Địa chỉ: Livanta LLC – BFCC-QIO, 10820 Guilford Road, Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701-1105, Điện thoại: 1-888-396-4646, TTY: 711 , Giờ: Thứ Hai–Thứ Sáu 9:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều, Thứ Bảy–Chủ Nhật/ Ngày lễ 10:00 giờ sáng đến 4:00 giờ chiều giờ địa phương, Trang web: livantaqio.cms.gov/en

Văn phòng Medicaid Tiểu bang	
VA	Virginia Medicaid, Địa chỉ: Department of Medical Assistance Services, 600 E. Broad Street, Suite 1300, Richmond, VA 23219, Điện thoại: 1-855-242-8282, 804-786-7933 (Dịch vụ khách hàng); 1-833-522-5582 (Ghi danh), TTY: 1-888-221-1590 Số này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về thính giác hoặc nói, Giờ: Thứ Hai–Thứ Sáu 8:00 sáng đến 7:00 tối và Thứ Bảy 9:00 sáng đến 12:00 trưa, Trang web: dmas.virginia.gov/

Chương trình Trợ giúp Bảo hiểm Sức khỏe Tiểu bang (SHIP)	
VA	Chương trình tư vấn và hỗ trợ bảo hiểm Virginia (VICAP), Địa chỉ: Division for Aging Services, 1610 Forest Ave., Suite 100, Henrico, VA 23229, Điện thoại: 1-800-552-3402, 804-662-9333, TTY: 711 , Giờ: Thứ Hai–Thứ Sáu 8:30 sáng đến 5:00 chiều, Trang web: vda.virginia.gov/vicap.htm

Chương trình Trợ cấp Thuốc AIDS Tiểu bang (ADAP)	
VA	Chương trình hỗ trợ thuốc của Virginia (VA MAP), Địa chỉ: Department of Health, 109 Governor Street, Richmond, VA 23219, Điện thoại: 1-855-362-0658, 1-800-533-4148, TTY: 711 , Giờ: Thứ Hai–Thứ Sáu 8:00 sáng đến 5:00 chiều, Trang web: vdh.virginia.gov/disease-prevent/vamap/

Thanh tra viên	
VA	Long Term Care Ombudsman Program giúp mọi người nhận thông tin về viện dưỡng lão và giải quyết các vấn đề giữa viện dưỡng lão và cư dân hoặc gia đình họ. Văn phòng Thanh tra viên chăm sóc dài hạn của Tiểu bang Virginia, Địa chỉ: Department for Aging and Rehabilitative Services, 8004 Franklin Farms Drive, Henrico, VA 23229-5019, Điện thoại: 1-800-552-5019, 804-565-1600, TTY: 711 , Giờ: Thứ Hai–Thứ Sáu 8:00 sáng đến 5:00 chiều, Trang web: elderrightsva.org/

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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933。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 1-855-463-0933。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 panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-463-0933. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

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 1-855-463-0933 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-463-0933. Un nostro incaricato che parla Italiano 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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、1-855-463-0933. 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。

Hawaiian: He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-855-463-0933. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'Ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.

Y0001_NR_30475b_2023_C

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Dịch vụ hội viên Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP)

Phương thức	Ban Dịch vụ Hội viên - Thông tin Liên lạc
GỌI	1-855-463-0933 (TTY: 711) Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Giờ hoạt động là 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. Ban Dịch vụ Hội viên cũng có sẵn dịch vụ phiên dịch ngôn ngữ miễn phí cho người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số này được miễn phí. Giờ hoạt động là 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.
FAX	1-855-259-2087
VIẾT THƯ	Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
TRANG WEB	Truy cập AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp hoặc quét mã này bằng điện thoại thông minh của quý vị để truy cập trang web của chúng tôi. 

Chương trình Trợ giúp Bảo hiểm Sức khỏe Tiểu bang (SHIP)

SHIP là một chương trình cấp tiểu bang được cấp tiền từ chính phủ Liên bang để cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm y tế địa phương miễn phí cho những người có Medicare. Thông tin liên lạc của SHIP tại tiểu bang của quý vị có trong **Phụ lục A** ở cuối tài liệu này.

Tuyên bố tiết lộ PRA Theo Đạo luật Giảm thiểu Giấy tờ năm 1995, không ai phải trả lời cho việc thu thập thông tin trừ khi thông tin đó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-1051. Nếu quý vị có ý kiến hoặc gợi ý để cải thiện mẫu này, vui lòng gửi thư tới: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

20240823