Chương trình Health Net Cal MediConnect Plan (Chương Trình Medicare-Medicaid Plan)

Giới Thiệu Sổ Tay Thành Viên

Ngày 1 tháng 1 năm 2019 – Ngày 31 tháng 12 năm 2019

Khoản Bao Trả Chăm Sóc Sức Khỏe và Thuốc của quý vị theo Health Net Cal MediConnect

Sổ tay này sẽ cho quý vị biết về khoản bao trả của quý vị theo Health Net Cal MediConnect đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2019. Sổ tay này giải thích về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng dược chất), khoản bao trả thuốc theo toa bác sĩ và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn. Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn giúp quý vị ở tại nhà thay vì đến dưỡng đường hoặc bệnh viện. Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn bao gồm Các Dịch Vụ cho Người Lớn tại Cộng Đồng (viết tắt trong tiếng Anh là CBAS), chương trình Multipurpose Senior Services Program (viết tắt trong tiếng Anh là MSSP) và Dưỡng Đường (viết tắt trong tiếng Anh là NF). **Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ Tay Thành Viên*.**

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

Chương trình Cal MediConnect Plan này được Health Net Community Solutions, Inc. cung cấp. Khi *Sổ Tay Thành Viên* này đề cập "chúng tôi", "cho chúng tôi" hoặc "của chúng tôi", điều đó có nghĩa là Health Net Community Solutions, Inc. Khi tài liệu này đề cập "chương trình" hoặc "chương trình của chúng tôi", điều đó có nghĩa là chương trình Health Net Cal MediConnect Plan (chương trình Medicare-Medicaid Plan).

ATTENTION: If you speak Arabic, Spanish, Tagalog and Vietnamese, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3572 (TTY: 711), from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

EOC031184VN00
H3237-002

- ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3572 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

- تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوافر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. يُرجى الاتصال بالرقم 1-855-464-3572 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة. وللاتصال في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات ، يمكنك ترك رسالة. سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية.

- ATENCIÓN: Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3572 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

- PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulog sa wika, nang walang singil. Tumawag sa 1-855-464-3572 (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista opisyal, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ang iyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.

- XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi 1-855-464-3572 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này miễn phí.

Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí theo các định dạng khác, như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille và/hoặc âm thanh. Gọi 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

Nếu quý vị muốn Health Net Cal MediConnect tiếp tục gửi cho quý vị các tài liệu dành cho thành viên bằng các định dạng khác, chẳng hạn như chữ nổi braille hoặc bản in cỡ lớn, hoặc bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh, vui lòng liên lạc bộ phận Dịch Vụ Thành Viên. Cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên biết quý vị muốn yêu cầu lâu dài rằng quý vị phải luôn nhận được tài liệu của quý vị bằng định dạng hoặc ngôn ngữ khác.

Sổ Tay Thành Viên Health Net Cal MediConnect Năm 2019

Mục Lục

Chương 1: Bắt đầu với tư cách là thành viên 5

Chương 2: Các số điện thoại và nguồn thông tin quan trọng 19

Chương 3: Sử dụng khoản bao trả của chương trình cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được bao trả khác của quý vị 38

Chương 4: Bảng Phúc Lợi 64

Chương 5: Nhận thuốc theo toa bác sĩ dành cho bệnh nhân ngoại trú của quý vị thông qua chương trình 112

Chương 6: Các khoản tiền quý vị phải thanh toán cho các thuốc theo toa bác sĩ Medicare và Medi-Cal của quý vị 131

Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho hóa đơn mà quý vị đã nhận đối với các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả 143

Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị 149

Chương 9: Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (các quyết định, kháng nghị, và khiếu nại về bao trả) 169

Chương 10: Kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi 230

Chương 11: Thông báo pháp lý 240

Chương 12: Định nghĩa về các thuật ngữ quan trọng 255

Tuyên Bố Khước Từ Trách Nhiệm

- Health Net Community Solutions, Inc. là chương trình bảo hiểm y tế ký hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal để cung cấp các phúc lợi của cả hai chương trình cho những người đăng ký.
- Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới/không ký hợp đồng không có nghĩa vụ điều trị cho các thành viên của Health Net Cal MediConnect, trừ trường hợp khẩn cấp. Vui lòng gọi đến số bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của chúng tôi hoặc xem Sổ Tay Thành Viên của quý vị để biết thêm thông tin, bao gồm cả khoản đồng trả chi phí áp dụng cho các dịch vụ ngoài mạng lưới.
    - Khoản Bao Trả theo Health Net Cal MediConnect đủ tiêu chuẩn là khoản bao trả cần thiết tối thiểu (viết tắt trong tiếng Anh là MEC). Khoản bao trả này đáp ứng yêu cầu chia sẻ trách nhiệm cá nhân của Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Sức Khỏe Hợp Túi Tiền (viết tắt trong tiếng Anh là ACA). Vui lòng truy cập trang web của Sở Thuế Vụ (viết tắt trong tiếng Anh là IRS) tại địa chỉ www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families để biết thêm thông tin về yêu cầu chia sẻ trách nhiệm cá nhân đối với MEC.

Chương 1: Bắt đầu với tư cách là thành viên

Giới thiệu

Chương này bao gồm thông tin về Health Net Cal MediConnect, một chương trình bảo hiểm y tế bao trả tất cả các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị, và tư cách thành viên của quý vị trong đó. Chương này cũng cho quý vị biết những hoạt động có thể diễn ra và những thông tin khác mà quý vị sẽ nhận được từ Health Net Cal MediConnect. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ Tay Thành Viên*.

Mục Lục

A. Chào mừng quý vị đến với Health Net Cal MediConnect 7
B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal 8
B1. Medicare 8
B2. Medi-Cal 8
C. Các ưu điểm của chương trình này 9
D. Khu vực dịch vụ của Health Net Cal MediConnect 10
E. Điều gì làm cho quý vị đủ điều kiện trở thành thành viên chương trình 11
F. Những hoạt động sẽ diễn ra khi quý vị lần đầu tiên tham gia chương trình bảo hiểm y tế 11
G. Nhóm Chăm Sóc và Kế Hoạch Chăm Sóc của Quý Vị 13
G1. Nhóm Chăm Sóc 13
G2. Kế Hoạch Chăm Sóc 13
H. Phí bảo hiểm hàng tháng dành cho chương trình Health Net Cal MediConnect 13
I. Sổ Tay Thành Viên 14
J. Thông tin khác mà quý vị sẽ nhận được từ chúng tôi 14
J1. Thẻ ID Thành Viên Health Net Cal MediConnect của quý vị 14
J2. Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc 15
J3. Danh Sách Thuốc Được Bao Trả 16

J4. Bảng Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm 17

K. Quý vị có thể cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị bằng cách nào 17

K1. Quyền riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân (viết tắt trong tiếng Anh là PHI) 18

A. Chào mừng quý vị đến với Health Net Cal MediConnect

Health Net Cal MediConnect là một Chương Trình Cal MediConnect Plan. Chương Trình Cal MediConnect Plan là một tổ chức bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi và các nhà cung cấp khác. Chương trình này cũng có các điều phối viên dịch vụ chăm sóc và các nhóm chăm sóc để giúp quý vị quản lý tất cả các nhà cung cấp và dịch vụ của mình. Tất cả họ làm việc cùng nhau để cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị cần.

Health Net Cal MediConnect đã được Tiểu Bang California và Các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (viết tắt trong tiếng Anh là CMS) phê duyệt để cung cấp cho quý vị các dịch vụ như là một phần của Cal MediConnect.

Cal MediConnect là chương trình thử nghiệm được đồng giám sát bởi Califonia và chính phủ liên bang nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt hơn cho những người có cả Medicare và Medi-Cal. Theo chương trình thử nghiệm này, chính quyền tiểu bang và liên bang muốn thử nghiệm những cách mới nhằm cải thiện cách quý vị nhận dịch vụ Medicare và Medi-Cal.

Kinh nghiệm mà quý vị có thể tin cậy

Quý vị đã đăng ký một chương trình bảo hiểm y tế mà quý vị có thể tin cậy.

Health Net giúp hơn một triệu người có Medicare và Medi-Cal nhận được các dịch vụ họ cần. Chúng tôi làm điều này bằng cách cung cấp khả năng tiếp cận tốt hơn đến các phúc lợi và dịch vụ của Medicare và Medi-Cal dành cho quý vị và thêm rất nhiều lợi ích nữa:

- Chúng tôi tự hào cung cấp dịch vụ khách hàng xuất sắc; để thực hiện được điều này, chúng tôi luôn lưu tâm theo hướng tích cực, có trọng tâm và cá nhân hóa đến quý vị với vai trò là thành viên của chúng tôi. Nhân viên Dịch Vụ Thành Viên đã được đào tạo của chúng tôi sẽ không để quý vị phải chờ đợi và có thể hỗ trợ nhiều ngôn ngữ mà không cần sử dụng dịch vụ thông dịch. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị mức dịch vụ “trợ giúp toàn diện” trong khi giúp quý vị điều hướng các phúc lợi của quý vị như chúng tôi làm đối với gia đình của mình, điều này sẽ khiến quý vị nhanh chóng nhận được câu trả lời mà quý vị cần để tiếp cận dịch vụ chăm sóc.
- Chúng tôi đã và đang xây dựng các mạng lưới bác sĩ chất lượng cao trong gần 25 năm. Bác sĩ và chuyên gia trong mạng lưới Cal MediConnect của chúng tôi làm việc cùng nhau trong các Nhóm Y Tế để đảm bảo rằng quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc quý vị cần, khi quý vị cần dịch vụ đó.

- Cộng đồng của quý vị là cộng đồng của chúng tôi – Chúng tôi là công ty ở Nam California, vì thế nhân viên của chúng tôi sống ở nơi quý vị đang sinh sống. Chúng tôi hỗ trợ các cộng đồng tại địa phương của chúng tôi với:
  - Khám sàng lọc sức khỏe tại các sự kiện và các trung tâm cộng đồng y tế tại địa phương
  - Các lớp giáo dục về sức khỏe miễn phí

B. Thông tin về Medicare và Medi-Cal

B1. Medicare

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

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

B2. Medi-Cal

Medi-Cal là tên chương trình Medicaid của tiểu bang California. Medi-Cal được điều hành bởi tiểu bang và được chính phủ tiểu bang và liên bang trợ cấp tài chính. Medi-Cal giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán cho các Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (viết tắt trong tiếng Anh là LTSS) và các chi phí y tế. Chương trình bao trả các dịch vụ và thuốc bổ sung không được Medicare bao trả.

Mỗi tiểu bang quyết định:

- khoản nào được tính là thu nhập và nguồn lực,
- ai đủ điều kiện,
- dịch vụ nào được bao trả, và
- chi phí cho các dịch vụ.

Các tiểu bang có thể quyết định cách điều hành chương trình của họ với điều kiện là tuân thủ các quy tắc của liên bang.

Medicare và tiểu bang California đã phê duyệt Health Net Cal MediConnect. Quý vị có thể nhận các dịch vụ của Medicare và Medi-Cal qua chương trình của chúng tôi với điều kiện là:

- Chúng tôi chọn cung cấp chương trình, và

- Medicare và Tiểu Bang California cho phép chúng tôi tiếp tục cung cấp chương trình này.

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

C. Các ưu điểm của chương trình này

Bây giờ quý vị sẽ nhận được tất cả các dịch vụ Medicare và Medi-Cal được bao trả của mình từ Health Net Cal MediConnect, bao gồm thuốc theo toa bác sĩ. Quý vị sẽ không phải trả thêm chi phí để tham gia chương trình bảo hiểm y tế này.

Health Net Cal MediConnect sẽ giúp các phúc lợi Medicare và Medi-Cal của quý vị kết hợp tốt hơn và có hiệu quả hơn cho quý vị. Một số ưu điểm bao gồm:

- Quý vị sẽ có thể làm việc với **một** chương trình bảo hiểm y tế cho **tất cả** các nhu cầu bảo hiểm y tế của quý vị.
- Quý vị sẽ có nhóm chăm sóc được thiết lập dưới sự trợ giúp của quý vị. Nhóm chăm sóc của quý vị có thể bao gồm chính quý vị, người chăm sóc của quý vị, bác sĩ, y tá, tư vấn viên hoặc các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác.
- Quý vị sẽ có quyền tiếp cận điều phối viên dịch vụ chăm sóc. Đây là người làm việc với quý vị, với Health Net Cal MediConnect và với nhóm chăm sóc của quý vị để giúp lập kế hoạch chăm sóc.
- Quý vị sẽ có thể chỉ đạo dịch vụ chăm sóc của chính quý vị với sự giúp đỡ từ nhóm chăm sóc và điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Nhóm chăm sóc và điều phối viên dịch vụ chăm sóc sẽ làm việc với quý vị để lên kế hoạch chăm sóc được thiết kế cụ thể nhằm đáp ứng nhu cầu sức khỏe của quý vị. Nhóm chăm sóc sẽ giúp điều phối các dịch vụ mà quý vị cần. Điều này có nghĩa là, ví dụ:
    - Nhóm chăm sóc của quý vị sẽ đảm bảo rằng các bác sĩ của quý vị biết về tất cả các loại thuốc quý vị dùng, như vậy họ có thể chắc chắn quý vị đang dùng các loại thuốc phù hợp và do đó các bác sĩ của quý vị có thể làm giảm bất kỳ tác dụng phụ nào quý vị có thể có từ các loại thuốc này.
    - Nhóm chăm sóc của quý vị sẽ đảm bảo các kết quả xét nghiệm của quý vị được chia sẻ với tất cả các bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp khác nếu thích hợp.

D. Khu vực dịch vụ của Health Net Cal MediConnect

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm hạt sau đây trong tiểu bang California: San Diego.

Chỉ những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi mới có thể tham gia Health Net Cal MediConnect.

Nếu quý vị di chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục tham gia chương trình này. Xem Chương 8, để biết thêm thông tin về ảnh hưởng của việc quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ. Quý vị sẽ cần phải liên lạc với nhân viên phụ trách tính đủ điều kiện của hạt tại địa phương của quý vị:

GỌI	1-866-262-9881 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai-Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, ngoại trừ ngày lễ
TTY	711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Quốc Gia) Số điện thoại này dành cho những người gặp các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
THƯ	Gửi qua đường bưu điện đơn đăng ký hoặc xác minh đến: County of San Diego Health and Human Services Agency APPLICATION PO Box 85025 San Diego, CA 92186-9918
TRANG WEB	http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ssp/medi-cal_program/index.html

E. Điều gì làm cho quý vị đủ điều kiện trở thành thành viên chương trình

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

- Sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi, **và**
- Từ 21 tuổi trở lên tại thời điểm đăng ký, **và**
- Có cả Medicare Part A và Medicare Part B, **và**
- Hiện đủ điều kiện tham gia Medi-Cal và đang nhận đầy đủ các phúc lợi Medi-Cal, bao gồm:
    - Các cá nhân đăng ký tham gia Chương Trình Multipurpose Senior Services Program (viết tắt trong tiếng Anh là MSSP).
    - Các cá nhân đáp ứng các quy định về phần đồng trả chi phí được mô tả ở dưới đây:
        - Những người sống ở dưỡng đường có phần đồng trả chi phí, và
        - Những người đăng ký MSSP có phần đồng trả chi phí.
- Là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp ở Hoa Kỳ.

Có thể có thêm các quy tắc về tính đủ điều kiện tại hạt của quý vị. Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm thông tin.

F. Những hoạt động sẽ diễn ra khi quý vị lần đầu tiên tham gia chương trình bảo hiểm y tế

Khi quý vị lần đầu tiên tham gia chương trình, quý vị sẽ được đánh giá rủi ro sức khỏe (viết tắt trong tiếng Anh là HRA) từ 45 đến 90 ngày tùy thuộc vào tình trạng sức khỏe của quý vị (tức là rủi ro cao hoặc thấp).

Chúng tôi cần phải hoàn thành HRA cho quý vị. HRA này là cơ sở để xây dựng Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân (viết tắt trong tiếng Anh là ICP) của quý vị. HRA sẽ bao gồm các câu hỏi để xác định các nhu cầu của quý vị về y tế, LTSS và các nhu cầu về sức khỏe hành vi và về chức năng.

Chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị để hoàn thành HRA. HRA có thể được hoàn thành thông qua gặp mặt trực tiếp, gọi điện thoại hoặc gửi thư tín.

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

Nếu quý vị mới tham gia Health Net Cal MediConnect, quý vị có thể tiếp tục thăm khám với các bác sĩ mà hiện quý vị đang thăm khám trong khoảng thời gian nhất định. Quý vị có thể duy trì các nhà cung cấp hiện tại và những cho phép đối với dịch vụ của mình tại thời điểm quý vị đăng ký trong tối đa 12 tháng nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau đây:

- Quý vị, người đại diện của quý vị, hoặc nhà cung cấp của quý vị gửi yêu cầu trực tiếp cho chúng tôi để tiếp tục thăm khám với nhà cung cấp hiện tại của quý vị.
- Chúng tôi có thể xác định rằng quý vị có mối quan hệ hiện có với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc chăm sóc chuyên khoa với một số trường hợp ngoại lệ. Khi chúng tôi nói về mối quan hệ hiện có, có nghĩa là quý vị đã thăm khám với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới ít nhất một lần cho lần thăm khám không phải là trường hợp cấp cứu trong 12 tháng trước ngày đăng ký tham gia Health Net Cal MediConnect đầu tiên của quý vị.
    - Chúng tôi sẽ xác định mối quan hệ hiện có bằng cách xem xét thông tin sức khỏe sẵn có cho chúng tôi hoặc thông tin quý vị cung cấp cho chúng tôi.
    - Chúng tôi có 30 ngày để trả lời yêu cầu của quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định nhanh hơn và chúng tôi phải trả lời trong vòng 15 ngày.
    - Khi gửi yêu cầu, quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải trình tài liệu chứng minh về mối quan hệ hiện có và đồng ý với một số điều khoản.

Lưu ý: Yêu cầu này **không thể** được thực hiện đối với nhà cung cấp Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (viết tắt trong tiếng Anh là DME), dịch vụ vận chuyển, dịch vụ phụ trợ khác hoặc các dịch vụ không được bao gồm trong Cal MediConnect.

Sau khi kết thúc giai đoạn chăm sóc liên tục, quý vị sẽ cần phải gặp các bác sĩ và nhà cung cấp khác trong mạng lưới Health Net Cal MediConnect mà liên kết với nhóm y tế của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị, trừ khi chúng tôi có thỏa thuận với bác sĩ ngoài mạng lưới của quý vị. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình bảo hiểm y tế. Khi quý vị đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ chọn Nhóm Y Tế ký hợp đồng từ mạng lưới của chúng tôi. Quý vị cũng sẽ chọn PCP từ Nhóm Y Tế ký hợp đồng này. Nếu quý vị không chọn được Nhóm Y Tế và PCP ký hợp đồng, chúng tôi sẽ chỉ định cho quý vị. Xem Chương 3 để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc.

G. Nhóm Chăm Sóc và Kế Hoạch Chăm Sóc của Quý Vị

G1. Nhóm Chăm Sóc

Cần trợ giúp trong việc nhận dịch vụ chăm sóc quý vị cần? Nhóm chăm sóc có thể giúp đỡ quý vị. Nhóm chăm sóc có thể bao gồm bác sĩ của quý vị, điều phối viên dịch vụ chăm sóc hoặc nhân viên y tế khác mà quý vị chọn.

Điều phối viên dịch vụ chăm sóc là người được đào tạo để giúp quý vị quản lý dịch vụ chăm sóc quý vị cần. Quý vị sẽ có một điều phối viên dịch vụ chăm sóc khi quý vị đăng ký tham gia Health Net Cal MediConnect. Người này cũng sẽ giới thiệu quý vị đến các nguồn lực cộng đồng, nếu Health Net Cal MediConnect không cung cấp các dịch vụ quý vị cần.

Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), để yêu cầu nhóm chăm sóc. Từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi này miễn phí. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo.

G2. Kế Hoạch Chăm Sóc

Nhóm chăm sóc sẽ làm việc với quý vị để đưa ra một kế hoạch chăm sóc. Kế hoạch chăm sóc cho quý vị và bác sĩ của quý vị biết các dịch vụ quý vị cần, và quý vị sẽ nhận các dịch vụ đó bằng cách nào. Kế hoạch chăm sóc bao gồm các nhu cầu dịch vụ y tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi và LTSS của quý vị. Kế hoạch chăm sóc của quý vị sẽ chỉ được lập cho quý vị và đáp ứng các nhu cầu của quý vị.

Kế hoạch chăm sóc của quý vị sẽ bao gồm:

- Mục tiêu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Khung thời gian về thời điểm quý vị sẽ nhận được dịch vụ quý vị cần.

Sau khi đánh giá rủi ro sức khỏe của quý vị, nhóm chăm sóc của quý vị sẽ gặp quý vị. Họ sẽ trao đổi với quý vị về các dịch vụ quý vị cần. Họ cũng có thể cho quý vị biết về các dịch vụ quý vị có thể muốn cân nhắc nhận. Kế hoạch chăm sóc của quý vị sẽ dựa vào nhu cầu của quý vị. Ít nhất hàng năm, nhóm chăm sóc của quý vị sẽ làm việc với quý vị để cập nhật kế hoạch chăm sóc của quý vị.

H. Phí bảo hiểm hàng tháng dành cho chương trình Health Net Cal MediConnect

Health Net Cal MediConnect không có phí bảo hiểm chương trình hàng tháng.

I. Sổ Tay Thành Viên

Sổ Tay Thành Viên này là một phần trong hợp đồng của chúng tôi với quý vị. Điều này có nghĩa là chúng tôi phải tuân theo tất cả các quy tắc trong tài liệu này. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã làm điều gì đó đi ngược lại những quy tắc này, quý vị có thể kháng nghị hoặc phản đối hành động của chúng tôi. Để biết thông tin về cách kháng nghị, hãy xem Chương 9 hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Quý vị có thể xin một *Sổ Tay Thành Viên* bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572. Quý vị cũng có thể xem *Sổ Tay Thành Viên* tại www.healthnet.com/calmediconnect hoặc tải xuống từ trang web này.

Hợp đồng có hiệu lực trong các tháng quý vị đã đăng ký tham gia Health Net Cal MediConnect từ ngày 1 tháng 1 năm 2019 đến ngày 31 tháng 12 năm 2019.

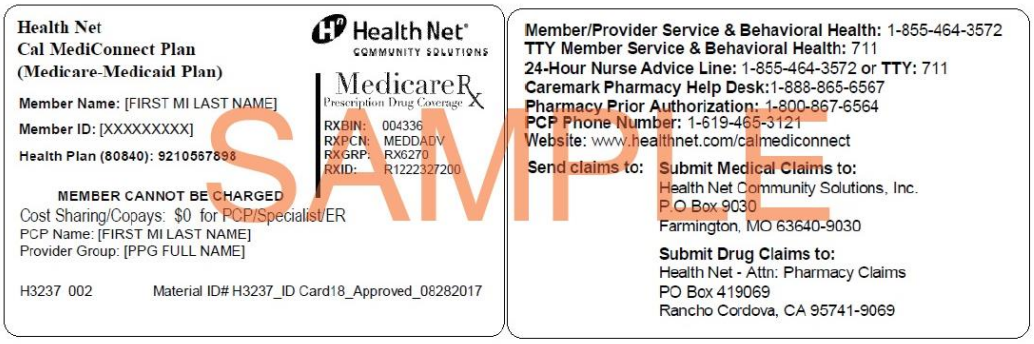
J. Thông tin khác mà quý vị sẽ nhận được từ chúng tôi

Quý vị đã phải nhận được Thẻ ID Thành Viên Health Net Cal MediConnect, thông tin về cách truy cập *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc,* và thông tin về cách truy cập *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả.*

J1. Thẻ ID Thành Viên Health Net Cal MediConnect của quý vị

Theo chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ có một thẻ cho các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị, bao gồm cả các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi và thuốc theo toa bác sĩ. Quý vị phải trình thẻ này khi nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc theo toa bác sĩ nào. Dưới đây là thẻ mẫu để cho quý vị biết thẻ của quý vị trông sẽ như thế nào:

Nếu thẻ Cal MediConnect của quý vị bị hư hỏng, bị mất hoặc mất cắp, hãy gọi ngay cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thẻ mới. Quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.



Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Health Net Cal MediConnect theo số điện thoại 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.healthnet.com/calmediconnect.

Chừng nào quý vị còn là thành viên của chương trình chúng tôi, quý vị không cần sử dụng thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương hay thẻ Medi-Cal của quý vị để nhận các dịch vụ Cal MediConnect. Hãy giữ những thẻ này ở nơi an toàn phòng trường hợp quý vị cần chúng sau này. Nếu quý vị trình thẻ Medicare thay vì thẻ ID Thành Viên của Health Net Cal MediConnect, nhà cung cấp có thể tính hóa đơn Medicare thay vì chương trình của chúng tôi và quý vị có thể nhận được hóa đơn. Tham khảo Chương 7 để biết nên làm gì nếu quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp.

Vui lòng nhớ rằng đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên môn mà quý vị có thể nhận được từ chương trình Mental Health Plan (viết tắt trong tiếng Anh là MHP) của hạt, quý vị sẽ cần thẻ Medi-Cal của quý vị để tiếp cận các dịch vụ đó.

J2. Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc

Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc liệt kê các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới Health Net Cal MediConnect. Trong khi quý vị là thành viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận các dịch vụ được bao trả. Có một số trường hợp ngoại lệ khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi lần đầu tiên (xem trang 12).

Quý vị có thể yêu cầu *Danh Bạ Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số
1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị cũng có thể xem *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* tại www.healthnet.com/calmediconnect hoặc tải xuống từ trang web này.

Cả bộ phận Dịch Vụ Thành Viên và trang web đều có thể cung cấp cho quý vị thông tin cập nhật nhất về những thay đổi liên quan đến các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Danh Bạ này liệt kê các chuyên gia chăm sóc sức khỏe (chẳng hạn như bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng và nhà tâm lý học), cơ sở (chẳng hạn như bệnh viện hoặc phòng khám) và nhà cung cấp dịch vụ hỗ trợ (chẳng hạn như nhà cung cấp dịch vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Ban Ngày Dành Cho Người Lớn và Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Gia) mà quý vị có thể gặp với tư cách là thành viên của Health Net Cal MediConnect. Chúng tôi cũng liệt kê các nhà thuốc mà quý vị có thể sử dụng để nhận thuốc theo toa bác sĩ của quý vị. Các nhà thuốc được liệt kê trong danh bạ bao gồm nhà thuốc Bán Lẻ, Đặt Mua Qua Đường Bưu Điện, Tiêm Truyền Tại Gia, Chăm Sóc Dài Hạn (viết tắt trong tiếng Anh là LTC).Nhà thuốc thuộc chương trình Indian Tribal Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program (I/T/U) và nhà thuốc Chuyên Khoa

Định nghĩa về nhà cung cấp trong mạng lưới

- Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi bao gồm:
    - Bác sĩ, y tá và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị có thể tới gặp với tư cách là thành viên chương trình của chúng tôi,
    - Các phòng khám, bệnh viện, dưỡng đường và những địa điểm khác cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong chương trình của chúng tôi, và
    - LTSS, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền và những cơ sở khác cung cấp hàng hóa và dịch vụ mà quý vị nhận được thông qua Medicare hay Medi-Cal.

Các nhà cung cấp trong mạng lưới đã đồng ý chấp nhận khoản thanh toán từ chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ được bao trả như là khoản thanh toán đầy đủ.

Định nghĩa về nhà thuốc trong mạng lưới

- Các nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc (hiệu thuốc) đã đồng ý bán thuốc theo toa bác sĩ cho các thành viên của chương trình chúng tôi. Hãy sử dụng Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc để tìm kiếm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng.
- Ngoại trừ trong trường hợp cấp cứu, quý vị phải mua thuốc theo toa bác sĩ tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi nếu muốn chương trình của chúng tôi giúp quý vị thanh toán cho họ.

Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), để biết thêm thông tin. Từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến hết Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí. Cả bộ phận Dịch Vụ Thành Viên và trang web của Health Net Cal MediConnect đều có thể cung cấp cho quý vị thông tin cập nhật nhất về những thay đổi liên quan đến các nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi.

J3. Danh Sách Thuốc Được Bao Trả

Chương trình có D*anh Sách Thuốc Được Bao Trả*. Chúng tôi gọi tắt là “Danh Sách Thuốc”. Danh sách này cho biết các thuốc theo toa bác sĩ nào được Health Net Cal MediConnect bao trả.

Danh Sách Thuốc cũng cho quý vị biết có bất kỳ quy tắc hoặc hạn chế nào đối với bất kỳ loại thuốc nào, chẳng hạn như giới hạn về số lượng quý vị có thể nhận được. Xem Chương 5 để biết thêm thông tin về các quy tắc và hạn chế này.

Mỗi năm, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về cách truy cập Danh Sách Thuốc, nhưng một số thay đổi có thể xảy ra trong năm. Để có được những thông tin cập nhật nhất về các loại thuốc được bao trả, hãy truy cập www.healthnet.com/calmediconnect hoặc gọi số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

J4. Bảng Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm

Khi quý vị sử dụng các phúc lợi thuốc theo toa Part D của mình, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị báo cáo tóm tắt để giúp quý vị hiểu và theo dõi các khoản thanh toán dành cho thuốc theo toa Part D của quý vị. Báo cáo tóm tắt này được gọi là *Bảng Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm* (*viết tắt trong tiếng Anh là EOB*).

Bảng Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm cho quý vị biết tổng số tiền quý vị, hay những người khác thay mặt quý vị, đã trả cho thuốc theo toa bác sĩ Part D của quý vị và tổng số tiền chúng tôi đã trả cho mỗi loại thuốc theo toa bác sĩ Part D của quý vị trong tháng đó. Chương 6 cho biết thêm thông tin về *Bảng Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm* và cách tài liệu này có thể giúp quý vị theo dõi khoản bao trả thuốc của mình.

Bảng Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm cũng sẵn có khi quý vị yêu cầu. Để nhận được bản sao, vui lòng liên lạc bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

K. Quý vị có thể cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị bằng cách nào

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

Nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình cần có thông tin chính xác về quý vị. **Họ sử dụng hồ sơ thành viên của quý vị để biết quý vị nhận được các dịch vụ và loại thuốc nào và quý vị mất bao nhiêu tiền cho các dịch vụ và loại thuốc đó**. Vì điều này, việc quý vị giúp chúng tôi cập nhật thông tin của mình là rất quan trọng.

Hãy cho chúng tôi biết các thông tin sau:

- Các thay đổi về tên, địa chỉ, hoặc số điện thoại của quý vị.
- Các thay đổi về bất kỳ khoản bao trả bảo hiểm y tế nào khác, chẳng hạn như từ chủ sử dụng lao động của quý vị, chủ sử dụng lao động của vợ/chồng quý vị hoặc khoản bồi thường cho người lao động.

- Bất kỳ yêu cầu bảo hiểm trách nhiệm nào, chẳng hạn như yêu cầu bảo hiểm từ tai nạn ô tô.
- Vào điều trị tại dưỡng đường hay bệnh viện.
- Chăm sóc tại bệnh viện hoặc phòng cấp cứu.
- Các thay đổi về người chăm sóc của quý vị (hoặc bất cứ ai chịu trách nhiệm cho quý vị)
- Quý vị đã tham gia hoặc đang tham gia một công trình nghiên cứu lâm sàng.

Nếu thay đổi bất kỳ thông tin nào, vui lòng cho chúng tôi biết bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

Quý vị cũng có thể thay đổi địa chỉ và/hoặc số điện thoại của mình bằng cách truy cập trang web của chúng tôi tại www.healthnet.com/calmediconnect.

K1. Quyền riêng tư về thông tin sức khỏe cá nhân (viết tắt trong tiếng Anh là PHI)

Thông tin trong hồ sơ thành viên của quý vị có thể bao gồm thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị (viết tắt trong tiếng Anh là PHI). Luật tiểu bang và liên bang yêu cầu chúng tôi giữ bí mật PHI của quý vị. Chúng tôi đảm bảo rằng PHI của quý vị được bảo vệ. Để biết thêm chi tiết về cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị, vui lòng xem Chương 8.

Chương 2: Các số điện thoại và nguồn thông tin quan trọng

Giới thiệu

Chương này cung cấp cho quý vị thông tin liên lạc về các nguồn lực quan trọng có thể giúp quý vị trả lời các thắc mắc về Health Net Cal MediConnect và các phúc lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị cũng có thể sử dụng chương này để tìm hiểu thông tin về cách liên lạc với điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị và những người khác mà có thể ủng hộ thay mặt cho quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ Tay Thành Viên*.

Mục Lục

A. Cách liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của Health Net Cal MediConnect 21
A1. Khi nào cần liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên 21
B. Cách liên lạc với Điều Phối Viên Dịch Vụ Chăm Sóc của quý vị 24
B1. Khi nào cần liên lạc với Điều Phối Viên Dịch Vụ Chăm Sóc của quý vị 25
C. Cách liên lạc với Đường Dây Y Tá Tư Vấn 27
C1. Khi nào cần liên lạc với Đường Dây Y Tá Tư Vấn 28
D. Cách liên lạc với Đường Dây về Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi 28
D1. Khi Nào cần Liên Lạc với Đường Dây về Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi 29
E. Cách liên lạc với chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (viết tắt trong tiếng Anh là HICAP) 29
E1. Khi Nào cần Liên Lạc với HICAP 30
F. Cách liên lạc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (viết tắt trong tiếng Anh là QIO).....30
F1. Khi Nào cần Liên Lạc với Livanta 31
G. Cách liên lạc với Medicare 31
H. Cách liên lạc với Medi-Cal Health Care Options 32
I. Cách liên lạc với chương trình Cal MediConnect Ombuds Program.....33
J. Cách liên lạc với Phòng Dịch Vụ Xã Hội của Hạt.....34
K. Cách liên lạc với Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Môn tại Hạt của quý vị 34

K1. Liên lạc với chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên môn của hạt về:.....35

L. Cách liên lạc với Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của Tiểu Bang California 35

M. Các nguồn lực khác 36

A. Cách liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của Health Net Cal MediConnect

GỌI	1-855-464-3572 Cuộc gọi này miễn phí. Nhân viên trực luôn sẵn sàng trao đổi với quý vị, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Vào các thời điểm khác - bao gồm Thứ Bảy, Chủ Nhật và các ngày nghỉ lễ liên bang, – quý vị có thể để lại thư thoại bảo mật. Chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Quốc Gia) Cuộc gọi này miễn phí. Số điện thoại này dành cho những người gặp các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi. Thứ Hai đến hết Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Vào các thời điểm khác - kể cả Thứ Bảy, Chủ Nhật và các ngày nghỉ lễ liên bang - quý vị có thể để lại thư thoại bảo mật.
FAX	1-800-281-2999 hoặc 1-866-461-6876
THƯ	Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422
TRANG WEB	www.healthnet.com/calmediconnect

A1. Khi nào cần liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên

- Thắc mắc về chương trình
- Các thắc mắc về yêu cầu bảo hiểm, tính hóa đơn hoặc Thẻ ID Thành Viên
- Quyết định bao trả về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Quyết định bao trả về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị là quyết định về:
    - Phúc lợi và các dịch vụ được bao trả của quý vị, **hoặc**
    - Số tiền chúng tôi sẽ trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

- Hãy gọi cho chúng tôi nếu quý vị có thắc mắc về quyết định bao trả về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Để tìm hiểu thêm về các quyết định bao trả, vui lòng xem Chương 9.

- Các kháng nghị về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Kháng nghị là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét quyết định chúng tôi đưa ra về khoản bao trả của quý vị và yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã làm sai.
  - Để tìm hiểu thêm về việc kháng nghị, vui lòng xem Chương 9.
- Các khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hoặc bất kỳ nhà cung cấp nào (bao gồm cả nhà cung cấp trong hoặc ngoài mạng lưới). Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình bảo hiểm y tế. Quý vị cũng có thể khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc đã nhận với chúng tôi hoặc Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (xem Mục F dưới đây).
  - Quý vị có thể gọi cho chúng tôi và giải thích khiếu nại của quý vị. Gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.
  - Nếu khiếu nại của quý vị là về quyết định bao trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, quý vị có thể kháng nghị (xem mục trên).
  - Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về Health Net Cal MediConnect đến Medicare. Quý vị có thể dùng mẫu trực tuyến tại địa chỉ https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Hoặc quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu được giúp đỡ.
  - Quý vị có thể khiếu nại về Health Net Cal MediConnect với Chương trình Cal MediConnect Ombuds Program bằng cách gọi số 1-855-501-3077 (TTY: 1-855-847-7914).
  - Để tìm hiểu thêm về việc khiếu nại dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị, hãy xem Chương 9.

- Quyết định bao trả thuốc cho quý vị
    - Quyết định bao trả thuốc cho quý vị là quyết định về:
        - Phúc lợi và các loại thuốc được bao trả của quý vị, **hoặc**
        - Số tiền chúng tôi sẽ trả cho thuốc của quý vị.
    - Điều này áp dụng cho các loại thuốc Part D, thuốc theo toa bác sĩ Medi-Cal và thuốc mua tự do không cần toa Medi-Cal của quý vị.
    - Để biết thêm về các quyết định bao trả thuốc theo toa bác sĩ của quý vị, hãy xem Chương 9.
- Kháng nghị về các loại thuốc của quý vị
    - *Kháng nghị* là cách yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bao trả.
    - Để biết thêm thông tin về cách kháng nghị liên quan đến các loại thuốc theo toa bác sĩ của quý vị qua điện thoại, vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.
    - Để biết thêm về việc kháng nghị liên quan đến các loại thuốc theo toa bác sĩ của quý vị, hãy xem Chương 9.
- Khiếu nại về các loại thuốc của quý vị
    - Quý vị có thể khiếu nại về chúng tôi hay bất cứ nhà thuốc nào. Điều này bao gồm khiếu nại về các loại thuốc theo toa bác sĩ của quý vị.
    - Nếu khiếu nại của quý vị là về quyết định bao trả thuốc theo toa bác sĩ cho quý vị, quý vị có thể kháng nghị. (Xem mục trên.)
    - Quý vị có thể gửi đơn khiếu nại về Health Net Cal MediConnect đến Medicare. Quý vị có thể sử dụng mẫu đơn trực tuyến tại địa chỉ https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Hoặc quý vị có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), để yêu cầu được giúp đỡ.
    - Để biết thêm về việc khiếu nại về các loại thuốc theo toa bác sĩ của quý vị, hãy xem Chương 9.

- Thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc các loại thuốc quý vị đã trả tiền
    - Để biết thêm về cách yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận được, hãy xem Chương 7.
    - Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn và chúng tôi từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu đó, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Xem Chương 9 để biết thêm thông tin về kháng nghị.

B. Cách liên lạc với Điều Phối Viên Dịch Vụ Chăm Sóc của quý vị

Điều phối viên dịch vụ chăm sóc là một đầu mối chính làm việc với quý vị, với chương trình bảo hiểm y tế và với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị để đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết. Điều phối viên dịch vụ chăm sóc sẽ được chỉ định cho quý vị khi quý vị trở thành thành viên chương trình. Điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị sẽ liên lạc với quý vị khi quý vị đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi.

Bộ phận Dịch Vụ Thành Viên cũng sẽ cho quý vị biết cách thức quý vị có thể liên lạc với điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị. Điều phối viên dịch vụ chăm sóc giúp kết hợp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe để đáp ứng các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Người này làm việc với quý vị để lập kế hoạch chăm sóc cho quý vị. Người này giúp quý vị quyết định xem những ai sẽ tham gia vào nhóm dịch vụ chăm sóc của quý vị. Điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị cung cấp cho quý vị các thông tin cần thiết để quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Điều này cũng sẽ giúp quý vị có những lựa chọn phù hợp với quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp liên lạc với điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

Nếu quý vị muốn thay đổi điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị hoặc có thêm bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng liên lạc đến số điện thoại được liệt kê dưới đây.

Quý vị cũng có thể gọi cho điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị trước khi họ liên lạc với quý vị. Gọi đến số điện thoại nêu bên dưới và yêu cầu nói chuyện với điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị.

GỌI	1-855-464-3572 Cuộc gọi này miễn phí. Từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.

TTY	711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Quốc Gia) Cuộc gọi này miễn phí. Số điện thoại này dành cho những người gặp các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi. Từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.
THƯ	Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422

B1. Khi nào cần liên lạc với Điều Phối Viên Dịch Vụ Chăm Sóc của quý vị

- Các thắc mắc về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
- Thắc mắc về việc nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng dược chất)
- Thắc mắc về dịch vụ vận chuyển
- Thắc mắc về các Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (viết tắt trong tiếng Anh là LTSS)

LTSS bao gồm Các Dịch Vụ cho Người Lớn tại Cộng Đồng (viết tắt trong tiếng Anh là CBAS), chương trình Multipurpose Senior Service Program (viết tắt trong tiếng Anh là MSSP) và Dưỡng Đường (viết tắt trong tiếng Anh là NF).

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

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

- Các Dịch Vụ cho Người Lớn tại Cộng Đồng (viết tắt trong tiếng Anh là CBAS),
- Chương trình Multipurpose Senior Services Program (viết tắt trong tiếng Anh là MSSP),
- Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn,
- Liệu pháp vật lý,
- Liệu pháp chức năng,
- Liệu pháp ngôn ngữ,
- Các dịch vụ y tế xã hội, và
- Chăm sóc sức khỏe tại gia.

Các Dịch Vụ cho Người Lớn tại Cộng Đồng (viết tắt trong tiếng Anh là CBAS):

Các thành viên Medi-Cal mà gặp phải tình trạng suy giảm thể chất, tâm thần hoặc xã hội sau độ tuổi 18 và những người có thể hưởng lợi từ các dịch vụ cho người lớn tại cộng đồng (viết tắt trong tiếng Anh là CBAS) có thể đủ điều kiện.

Các thành viên đủ điều kiện phải đáp ứng một trong các tiêu chí sau đây:

- Các nhu cầu đủ quan trọng để đáp ứng mức độ chăm sóc loại A tại dưỡng đường (viết tắt trong tiếng Anh là NF-A) hoặc mức độ chăm sóc cao hơn
- Khuyết tật về nhận thức từ mức vừa đến nặng, bao gồm Alzheimer hoặc chứng mất trí nhớ khác từ mức vừa đến nặng
- Khuyết tật về phát triển

Khuyết tật về nhận thức từ mức nhẹ đến mức vừa, bao gồm Alzheimer hoặc chứng mất trí nhớ và nhu cầu hỗ trợ hoặc giám sát hai trong số những hoạt động sau đây:

- Tắm rửa
- Mặc quần áo
- Tự xúc ăn
- Đi vệ sinh
- Đi lại
- Chuyển tiếp
- Quản lý dược phẩm
- Vệ sinh

Bệnh tâm thần mãn tính hoặc tổn thương não và nhu cầu hỗ trợ hoặc giám sát hai trong số những hoạt động sau đây:

- Tắm rửa
- Mặc quần áo
- Tự xúc ăn
- Đi vệ sinh
- Đi lại
- Chuyển tiếp

Quản lý dược phẩm hoặc nhu cầu trợ giúp hoặc giám sát một nhu cầu từ danh sách ở trên và một trong số những hoạt động sau đây:

- Vệ sinh
- Quản lý tiền bạc
- Tiếp cận các nguồn lực
- Chuẩn bị bữa ăn
- Vận chuyển

- Một mong muốn hợp lý rằng các dịch vụ phòng bệnh sẽ giúp duy trì hoặc cải thiện mức độ chức năng hiện tại (ví dụ như trong các trường hợp bị tổn thương não do chấn thương hoặc nhiễm trùng)
- Có nguy cơ cao về việc bị suy giảm nghiêm trọng hơn và nguy cơ có thể phải nhập viện điều trị nếu không có sẵn CBAS (ví dụ như trong các trường hợp bị u não hoặc mắc chứng mất trí nhớ có liên quan đến HIV)

Chương Trình Multipurpose Senior Service Program (viết tắt trong tiếng Anh là MSSP):

Để đủ tiêu chuẩn tham gia Chương Trình Multipurpose Senior Services Program (viết tắt trong tiếng Anh là MSSP), các thành viên Medi-Cal phải đáp ứng tất cả các tiêu chí sau đây:

- Từ 65 tuổi trở lên
- Có thể được chứng nhận ở trong Dưỡng Đường Chuyên Môn (viết tắt tiếng Anh là SNF)
- Sống tại một hạt có cơ sở của MSSP và thuộc khu vực dịch vụ của cơ sở đó
- Phù hợp với các dịch vụ quản lý chăm sóc
- Có thể được phục vụ trong phạm vi giới hạn chi phí của MSSP

Dưỡng Đường (viết tắt trong tiếng Anh là NF):

Thành viên phải yêu cầu chăm sóc y tế dài hạn hoặc ngắn hạn trong 24 giờ theo chỉ định của bác sĩ để đủ điều kiện được sắp xếp dịch vụ Chăm Sóc Dài Hạn (viết tắt trong tiếng Anh là LTC) hoặc Dưỡng Đường Chuyên Môn (viết tắt trong tiếng Anh là SNF).

C. Cách liên lạc với Đường Dây Y Tá Tư Vấn

Đường Dây Y Tá Tư Vấn Health Net Cal MediConnect là dịch vụ huấn luyện và y tá tư vấn miễn phí qua điện thoại từ các bác sĩ lâm sàng được đào tạo hoạt động trong 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Đường Dây Y Tá Tư Vấn cung cấp đánh giá chăm sóc sức khỏe trong thời gian thực nhằm giúp thành viên xác định mức độ chăm sóc cần thiết vào lúc này. Y tá cung cấp dịch vụ tư vấn trực tiếp, trả lời các thắc mắc về sức khỏe và hỗ trợ kiểm soát triệu chứng nhằm tạo điều kiện cho thành viên đưa ra các quyết định chắc chắn và thích hợp về dịch vụ chăm sóc và điều trị của họ. Thành viên có thể truy cập đường dây y tá tư vấn bằng cách gọi số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Thành Viên Health Net Cal MediConnect trên mặt sau của Thẻ ID Thành Viên của họ.

GỌI	1-855-464-3572 Cuộc gọi này miễn phí. Dịch vụ huấn luyện và y tá tư vấn từ các bác sĩ lâm sàng được đào tạo hoạt động 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	TTY:711 Cuộc gọi này miễn phí. Số điện thoại này dành cho những người gặp các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi. Dịch vụ huấn luyện và y tá tư vấn từ các bác sĩ lâm sàng được đào tạo hoạt động 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.

C1. Khi nào cần liên lạc với Đường Dây Y Tá Tư Vấn

- **Các thắc mắc về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị**

D. Cách liên lạc với Đường Dây về Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi

Managed Health Network (MHN) điều hành một đường dây về khủng hoảng sức khỏe hành vi 24/7 cho các thành viên yêu cầu loại hỗ trợ này. Tại bất kỳ thời điểm nào trong suốt cuộc gọi, các thành viên có thể yêu cầu được trao đổi với một bác sĩ lâm sàng được cấp phép, người có thể hỗ trợ họ để có được các dịch vụ mà họ yêu cầu. Thành viên có thể truy cập vào đường dây về khủng hoảng này bằng cách gọi tới số điện thoại dưới đây.

GỌI	1-855-464-3572 Cuộc gọi này miễn phí. Các bác sĩ lâm sàng Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi Được Cấp Phép làm việc 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.

TTY	711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Quốc Gia) Cuộc gọi này miễn phí. Số điện thoại này dành cho những người gặp các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi. Các bác sĩ lâm sàng Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi Được Cấp Phép làm việc 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.

D1. Khi Nào cần Liên Lạc với Đường Dây về Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi

- Thắc mắc về các dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi và điều trị lạm dụng dược chất

Health Net Cal MediConnect cung cấp cho quý vị khả năng tiếp cận các thông tin và tư vấn y tế 24 giờ một ngày. Khi quý vị gọi, các chuyên gia chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi của chúng tôi sẽ giải đáp các thắc mắc liên quan đến tình trạng khỏe mạnh của quý vị. Nếu quý vị có nhu cầu y tế khẩn cấp nhưng không phải là trường hợp cấp cứu, quý vị có thể gọi đến Đường Dây về Khủng Hoảng Sức Khỏe Hành Vi của chúng tôi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần để được giải đáp các thắc mắc về lâm sàng đối với sức khỏe hành vi.

Đối với các câu hỏi về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên môn tại hạt của quý vị, hãy đến trang 35.

E. Cách liên lạc với chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (viết tắt trong tiếng Anh là HICAP)

Chương Trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (viết tắt trong tiếng Anh là HICAP) cung cấp dịch vụ tư vấn miễn phí về bảo hiểm y tế cho những người có Medicare. Các tư vấn viên của HICAP có thể trả lời thắc mắc của quý vị và giúp quý vị hiểu việc cần làm để giải quyết vấn đề của quý vị. HICAP có các tư vấn viên được đào tạo ở mỗi hạt và các dịch vụ là miễn phí.

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

GỌI	1-800-434-0222 Thứ Hai – Thứ Sáu, 9 giờ sáng đến 12 giờ trưa và 1 giờ chiều đến 4 giờ chiều, ngoại trừ ngày lễ. Đường dây để lại tin nhắn ngoài giờ làm việc
TTY	711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Quốc Gia) Số điện thoại này dành cho những người gặp các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.

THƯ	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
TRANG WEB	https://www.aging.ca.gov/HICAP/Contact_HICAP/County_List/

E1. Khi Nào cần Liên Lạc với HICAP

- Thắc mắc về chương trình Cal MediConnect của quý vị
  - Các tư vấn viên của HICAP có thể:trả lời các thắc mắc của quý vị về việc đổi sang chương trình mới và giúp quý vị
    - hiểu về các quyền của quý vị,
    - hiểu về các lựa chọn chương trình của quý vị,
    - khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc điều trị của quý vị, và
    - giải quyết các vấn đề với hóa đơn của quý vị.

F. Cách liên lạc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (viết tắt trong tiếng Anh là QIO)

Tiểu bang của chúng tôi có một tổ chức được gọi là Livanta. Đây là nhóm gồm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác giúp cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho những người có Medicare. Livanta này không được kết nối với chương trình của chúng tôi.

GỌI	1-877-588-1123 Thứ Hai - Thứ Sáu: 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Giờ làm việc vào Thứ Bảy-Chủ Nhật chỉ dành cho các kháng nghị: Thứ Bảy - Chủ Nhật: 11 giờ sáng 3 giờ chiều
TTY	1-855-887-6668 Số điện thoại này dành cho những người gặp các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.

FAX	1-833-868-4063
THƯ	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
TRANG WEB	www.livantaqio.com

F1. Khi Nào cần Liên Lạc với Livanta

- **Các thắc mắc về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị**
    - Quý vị có thể khiếu nại về dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận nếu quý vị:
        - có vấn đề về chất lượng dịch vụ chăm sóc,
        - cho rằng thời gian nằm viện của quý vị kết thúc quá sớm, hoặc
        - cho rằng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại dưỡng đường chuyên môn hoặc dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (viết tắt trong tiếng Anh là CORF) kết thúc quá sớm.

G. Cách liên lạc với Medicare

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

Cơ quan liên bang phụ trách về bảo hiểm Medicare là Các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid, hay còn gọi là CMS.

GỌI	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Các cuộc gọi đến số điện thoại này đều miễn phí, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.

TTY	1-877-486-2048 Cuộc gọi này miễn phí. Số điện thoại này dành cho những người gặp các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
TRANG WEB	http://www.medicare.gov Đây là trang web chính thức của Medicare. Trang web này cung cấp cho quý vị thông tin cập nhật về Medicare. Trang web này cũng chứa thông tin về các bệnh viện, dưỡng đường, bác sĩ, các cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia và các cơ sở thẩm tách. Trang này bao gồm cả sổ tay quý vị có thể in trực tiếp từ máy tính của mình. Quý vị cũng có thể tìm kiếm thông tin liên lạc của Medicare tại tiểu bang của mình bằng cách chọn “Forms, Help & Resources (Mẫu, Trợ Giúp & Nguồn Lực)” và sau đó nhấp vào “Phone numbers & websites (Số điện thoại & trang web)”. Trang web của Medicare có công cụ sau để giúp quý vị tìm thấy các chương trình trong khu vực của quý vị: **Công Cụ Tìm Kiếm Chương Trình Medicare:** Cung cấp thông tin được cá nhân hóa về các chương trình thuốc theo toa của Medicare, chương trình bảo hiểm y tế của Medicare và chính sách Medigap (Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare) sẵn có trong khu vực của quý vị. Chọn “Find health & drug plans (Tìm các chương trình bảo hiểm y tế & thuốc).” Nếu quý vị không có máy tính, thư viện hoặc trung tâm dành cho người cao tuổi ở địa phương của quý vị có thể giúp quý vị truy cập vào trang web này qua máy tính của họ. Hoặc, quý vị có thể gọi tới Medicare theo số bên trên và cho họ biết quý vị đang tìm thông tin gì. Họ sẽ tìm thông tin trên trang web, in ra và gửi cho quý vị.

H. Cách liên lạc với Medi-Cal Health Care Options

Medi-Cal Health Care Options có thể giúp quý vị nếu quý vị có thắc mắc về việc chọn một chương trình Cal MediConnect hoặc các vấn đề khác liên quan đến việc đăng ký. Để được tư vấn miễn phí về bảo hiểm y tế đối với những người có Medicare (viết tắt trong tiếng Anh là HICAP), hãy xem Mục E.

GỌI	1-800-430-4263 Các đại diện của Health Care Options sẵn sàng trợ giúp từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu.
TTY/TDD	1-800-430-7077 Số điện thoại này dành cho những người gặp các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
THƯ	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
TRANG WEB	https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

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

Chương Trình Cal MediConnect Ombuds Program hoạt động như người ủng hộ thay mặt cho quý vị. Chượng trình có thể trả lời các thắc mắc nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu cần phải làm gì. Chương Trình Cal MediConnect Ombuds Program cũng có thể giúp quý vị với các vấn đề về dịch vụ hoặc tính hóa đơn. Chương Trình Cal MediConnect Ombuds Program không được kết nối với chương trình của chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào. Các dịch vụ của họ đều miễn phí.

GỌI	1-855-501-3077 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai – Thứ Sáu, 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều, ngoại trừ ngày lễ
TTY	1-855-847-7914 Thứ Hai – Thứ Sáu, 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều, ngoại trừ ngày lễ Số điện thoại này dành cho những người gặp các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
THƯ	Legal Aid Society of San Diego Consumer Center for Health Education & Advocacy 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110
TRANG WEB	http://www.calduals.org/implementation/policy-topics/ombudsman-resources/.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Health Net Cal MediConnect theo số điện thoại 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.healthnet.com/calmediconnect.

J. Cách liên lạc với Phòng Dịch Vụ Xã Hội của Hạt

Nếu quý vị cần trợ giúp với các dịch vụ mà Phòng Dịch Vụ Xã Hội của Hạt cung cấp trợ giúp, như phúc lợi áp dụng, hãy liên hệ với Sở Dịch Vụ Xã Hội tại Hạt của quý vị.

GỌI	1-800-510-2020 Cuộc gọi này miễn phí. Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, ngoại trừ ngày lễ
TTY	711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Quốc Gia) Số điện thoại này dành cho những người gặp các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
THƯ	Tham khảo Các Trang Trắng trong mục CHÍNH QUYỀN HẠT trong danh bạ điện thoại của quý vị để biết văn phòng dịch vụ xã hội gần nhất.
TRANG WEB	https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/

K. Cách liên lạc với Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Môn tại Hạt của quý vị

Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên môn của Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua chương trình Mental Health Plan (viết tắt trong tiếng Anh là MHP) của hạt nếu quý vị đáp ứng được các tiêu chí cho tính cần thiết về mặt y tế.

GỌI	1-888-724-7240 Cuộc gọi này miễn phí. 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Quốc Gia) Cuộc gọi này miễn phí. Số điện thoại này dành cho những người gặp các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi. 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần

K1. Liên lạc với chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên môn của hạt về:

- Các thắc mắc về các dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi do hạt cung cấp

Để có các thông tin sức khỏe tâm thần, giấy giới thiệu đến các nhà cung cấp dịch vụ và dịch vụ tư vấn khủng hoảng miễn phí và bảo mật vào bất kỳ thời điểm hoặc ngày nào, hãy gọi đường dây nóng Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi Hạt San Diego.

L. Cách liên lạc với Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của Tiểu Bang California

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (viết tắt trong tiếng Anh là DMHC) Tiểu Bang California có trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm y tế. Trung Tâm Trợ Giúp của DMHC có thể giúp quý vị giải quyết các kháng nghị và khiếu nại đối với chương trình bảo hiểm y tế của quý vị về dịch vụ Medi-Cal.

GỌI	1-888-466-2219 Các đại diện của DMHC sẵn sàng trợ giúp từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TDD/TTY	TDD: 1-877-688-9891 TTY: 711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Quốc Gia) Số điện thoại này dành cho những người gặp các vấn đề về nghe hoặc nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để thực hiện cuộc gọi.
THƯ	Help Center California Department of Managed Health Care 980 9th Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
TRANG WEB	http://www.hmohelp.ca.gov

M. Các nguồn lực khác

Các Cơ Quan Người Cao Tuổi trong Khu Vực

Cơ quan Người Cao Tuổi trong Khu Vực tại địa phương của quý vị có thể cung cấp cho quý vị thông tin và giúp điều phối các dịch vụ dành cho người cao tuổi.

GỌI	Chỉ trong Hạt S.D.: 1-800-510-2010 Bên ngoài Hạt S.D.: 1-800-339-4661 Thứ Hai - Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, ngoại trừ ngày lễ
TTY	711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Quốc Gia)
THƯ	San Diego County Aging & Independence Services 5560 Overland Ave, Suite 310 San Diego, CA 92123
TRANG WEB	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/ais/about_ais.html

Sở Y Tế (viết tắt trong tiếng Anh là DHCS)

Là thành viên chương trình của chúng tôi, quý vị đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medi-Cal (Medicaid). Medi-Cal (Medicaid) là chương trình hợp tác giữa chính quyền Liên Bang và tiểu bang hỗ trợ về chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Nếu quý vị có thắc mắc về hỗ trợ nhận được từ Medi-Cal (Medicaid), hãy liên lạc với Sở Y Tế (viết tắt trong tiếng Anh là DHCS).

GỌI	1-888-452-8609 Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, ngoại trừ ngày lễ
TTY	711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Quốc Gia)
THƯ	Department of Health Care Services PO Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
TRANG WEB	www.medi-cal.ca.gov

Sở An Sinh Xã Hội

Sở An Sinh Xã Hội chịu trách nhiệm xác định tính đủ điều kiện và xử lý việc đăng ký tham gia Medicare. Công dân Hoa Kỳ 65 tuổi trở lên, hoặc người khuyết tật hoặc mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối và đáp ứng một số điều kiện sẽ đủ điều kiện tham gia Medicare. Nếu quý vị đã và đang nhận được séc của Sở An Sinh Xã Hội, việc đăng ký bảo hiểm Medicare sẽ được thực hiện tự động. Nếu quý vị không nhận được séc của Sở An Sinh Xã Hội thì quý vị phải đăng ký để được nhận bảo hiểm Medicare. Cơ Quan An Sinh Xã Hội sẽ xử lý quy trình đăng ký nhận bảo hiểm Medicare. Để nộp đơn đăng ký nhận bảo hiểm Medicare, quý vị có thể gọi tới Sở An Sinh Xã Hội hoặc ghé thăm văn phòng của Cơ Quan An Sinh Xã Hội tại địa phương của mình.

Sở An Sinh Xã Hội cũng chịu trách nhiệm xác định những người phải thanh toán khoản cộng thêm cho khoản bao trả thuốc Part D vì họ có thu nhập cao hơn. Nếu quý vị nhận được thư từ Sở An Sinh Xã Hội cho quý vị biết rằng quý vị phải thanh toán khoản cộng thêm và có các thắc mắc về khoản tiền này hoặc nếu thu nhập của quý vị giảm vì biến cố làm thay đổi cuộc sống, quý vị có thể gọi cho Sở An Sinh Xã Hội để yêu cầu xem xét lại.

Nếu quý vị chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư của quý vị, điều quan trọng là quý vị cần liên lạc với Sở An Sinh Xã Hội để cho cơ quan này biết được thông tin.

GỌI	1-800-772-1213 Các cuộc gọi tới số này đều miễn phí. Sẵn có từ 7 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu theo Giờ Miền Đông (thông tin đã lưu hồ sơ và dịch vụ tự động sẵn có 24 giờ một ngày, gồm cả cuối tuần và ngày lễ.) Quý vị có thể sử dụng dịch vụ điện thoại tự động của Sở An Sinh Xã Hội để nhận thông tin ghi âm sẵn và thực hiện một số giao dịch 24 giờ một ngày.
TTY	1-800-325-0778 Số điện thoại này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Các cuộc gọi tới số này đều miễn phí. Sẵn có từ 7:00 sáng đến 7:00 tối, thứ Hai đến thứ Sáu.
TRANG WEB	http://www.ssa.gov

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

Giới thiệu

Chương này có các thuật ngữ và quy tắc cụ thể mà quý vị cần biết để nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ được bao trả khác với Health Net Cal MediConnect. Chương này cũng cho quý vị biết về điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị, cách nhận được dịch vụ chăm sóc từ các loại nhà cung cấp khác nhau và trong một số trường hợp đặc biệt (bao gồm từ nhà cung cấp hoặc nhà thuốc ngoài mạng lưới), những việc cần làm khi quý vị phải thanh toán trực tiếp cho các dịch vụ được bao trả bởi chương trình của chúng tôi, và các quy tắc để sở hữu Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (viết tắt trong tiếng Anh là DME). Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của Sổ Tay Thành Viên.

Mục Lục

A. Giới thiệu về “dịch vụ,” “dịch vụ được bao trả,” “nhà cung cấp” và “nhà cung cấp trong mạng lưới” 40

B. Các quy tắc nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (viết tắt trong tiếng Anh là LTSS) được chương trình bao trả 40

C. Thông tin về điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị....42

D. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, chuyên gia, nhà cung cấp dịch vụ y tế trong mạng lưới khác và nhà cung cấp dịch vụ y tế ngoài mạng lưới....43

D1. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính 43

Chọn một Trung Tâm Y Tế Đạt Tiêu Chuẩn của Liên Bang (viết tắt trong tiếng Anh là FQHC) hoặc Phòng Khám Sức Khỏe Nông Thôn (viết tắt trong tiếng Anh là RHC) làm PCP của quý vị....44

D2. Dịch vụ chăm sóc từ các chuyên gia và nhà cung cấp khác trong mạng lưới 47

D3. Điều cần làm khi một nhà cung cấp rời khỏi chương trình của chúng tôi? 48

D4. Cách nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới....49

E. Cách nhận các Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (viết tắt trong tiếng Anh là LTSS)....49

F. Cách nhận các dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi (sức khỏe tâm thần và Rối Loạn Do Sử Dụng Dược Chất) 50

F1. Dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi Medi-Cal nào được cung cấp ngoài Health Net Cal MediConnect thông qua Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần (viết tắt trong tiếng Anh là MHP) và Dịch Vụ Bỏ Rượu & Cai Nghiện Ma Túy (viết tắt trong tiếng Anh là ADS) của Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi Hạt San Diego? 51

G. Cách nhận các dịch vụ vận chuyển 54

H. Cách nhận các dịch vụ được bao trả khi quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế hoặc cần được chăm sóc khẩn cấp hoặc khi xảy ra thảm họa 55

H1. Dịch vụ chăm sóc nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế 55

H2. Dịch vụ chăm sóc khẩn thiết 57

H3. Dịch vụ chăm sóc trong trường hợp xảy ra thảm họa 58

I. Điều gì xảy ra nếu quý vị bị tính hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bao trả 58

I1. Quý vị cần làm gì nếu các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả 59

J. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được bao trả như thế nào khi quý vị đang tham gia công trình nghiên cứu lâm sàng? 59

J1. Định nghĩa về công trình nghiên cứu lâm sàng 59

J2. Thanh toánh các dịch vụ khi quý vị tham gia vào một công trình nghiên cứu lâm sàng 60

J3. Tìm hiểu thêm về các công trình nghiên cứu lâm sàng 61

K. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được bao trả như thế nào khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ một tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế 61

K1. Định nghĩa về tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế 61

K2. Nhận dịch vụ chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế 61

L. Thiết bị y tế lâu bền (viết tắt trong tiếng Anh là DME) 62

L1. Sở hữu DME với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi: 62

L2. Quyền sở hữu DME khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc medicare Advantage 63

A. Giới thiệu về "dịch vụ," "dịch vụ được bao trả," "nhà cung cấp" và "nhà cung cấp trong mạng lưới"

Dịch vụ là dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, nguồn tiếp liệu, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, thuốc theo toa bác sĩ và thuốc mua tự do không cần toa, thiết bị và các dịch vụ khác. **Dịch vụ được bao trả** là bất kỳ dịch vụ nào trong số này mà chương trình của chúng tôi chi trả. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (viết tắt trong tiếng Anh là LTSS) được bao trả được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi ở Chương 4.

Nhà cung cấp là các bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp các dịch vụ và chăm sóc cho quý vị. Thuật ngữ *nhà cung cấp* cũng bao gồm các bệnh viện, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia, phòng khám và những địa điểm khác cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, thiết bị y tế và một số dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (viết tắt trong tiếng Anh là LTSS).

Nhà cung cấp trong mạng lưới là các nhà cung cấp làm việc với chương trình bảo hiểm y tế. Các nhà cung cấp này đã đồng ý chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi là khoản thanh toán đầy đủ. Các nhà cung cấp trong mạng lưới tính hóa đơn trực tiếp cho chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị. Khi quý vị thăm khám với nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị thường không phải trả tiền cho các dịch vụ được bao trả.

B. Các quy tắc nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (viết tắt trong tiếng Anh là LTSS) được chương trình bao trả

Health Net Cal MediConnect chi trả tất cả dịch vụ được bao trả bởi Medicare và Medi-Cal. Dịch vụ này bao gồm sức khỏe hành vi, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (viết tắt trong tiếng Anh là LTSS) và thuốc theo toa bác sĩ.

Health Net Cal MediConnect thường sẽ chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi và LTSS quý vị nhận được nếu quý vị tuân theo các quy tắc của chương trình. Để được chương trình của chúng tôi bao trả:

- Dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được phải là **phúc lợi của chương trình.** Điều này có nghĩa là dịch vụ đó phải được bao gồm trong Bảng Phúc Lợi của chương trình. (Bảng này có trong Chương 4 của sổ tay này.)

- Dịch vụ chăm sóc đó phải được xác định là **cần thiết về mặt y tế**. Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là quý vị cần nhận được các dịch vụ để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng của quý vị hoặc để duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Dịch vụ này bao gồm cả chăm sóc giúp quý vị tránh phải đến bệnh viện hoặc dưỡng đường. Đó cũng có nghĩa là các dịch vụ, nguồn tiếp liệu hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành được chấp nhận trong ngành y tế.

- Đối với các dịch vụ y tế, quý vị phải có **nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (viết tắt trong tiếng Anh là PCP)** trong mạng lưới đã chỉ định dịch vụ chăm sóc hoặc yêu cầu quý vị đến thăm khám với bác sĩ khác**.** Với tư cách là thành viên của chương trình, quý vị phải chọn nhà cung cấp trong mạng lưới làm PCP của mình.

    - Trong hầu hết các trường hợp, PCP trong mạng lưới của quý vị phải phê duyệt trước khi quý vị có thể thăm khám với ai đó mà không phải là PCP của quý vị hoặc sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình. Thủ tục này được gọi là **giấy giới thiệu**. Nếu quý vị không có được sự phê duyệt, Health Net Cal MediConnect có thể không bao trả cho dịch vụ đó. Quý vị không cần giấy giới thiệu để thăm khám với một số chuyên gia, chẳng hạn như chuyên gia chăm sóc sức khỏe phụ nữ. Để tìm hiểu thêm về giấy giới thiệu, vui lòng xem trang 45.

    - Các PCP của chương trình chúng tôi liên kết với các nhóm y tế. Khi quý vị chọn PCP của quý vị, quý vị cũng đang chọn nhóm y tế liên kết. Điều này có nghĩa rằng PCP của quý vị sẽ giới thiệu quý vị đến các chuyên gia và dịch vụ mà cũng liên kết với nhóm y tế của họ. Nhóm y tế là nhóm các PCP, chuyên gia và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác làm việc cùng nhau và ký hợp đồng để làm việc với chương trình của chúng tôi.

    - Quý vị không cần PCP của quý vị giới thiệu đối với dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn thiết hoặc để thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ. Quý vị có thể nhận các loại dịch vụ chăm sóc khác mà không cần PCP của quý vị giới thiệu. Để tìm hiểu thêm về điều này, hãy xem trang 57.

    - Để tìm hiểu thêm về việc lựa chọn PCP, hãy xem trang 12.

- **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc của mình từ các nhà cung cấp trong mạng lưới liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị**. Thông thường, chương trình sẽ không bao trả cho dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp không làm việc với chương trình bảo hiểm y tế và nhóm y tế của PCP của quý vị. Dưới đây là một số trường hợp không áp dụng quy tắc này:

    - Chương trình bao trả cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn thiết từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu thêm và để xem *dịch vụ chăm sóc cấp cứu* hay *khẩn thiết* có nghĩa là gì, vui lòng xem Mục H, trang 55.

- Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc mà chương trình của chúng tôi bao trả và các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi không thể cung cấp cho quý vị thì quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc đó từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Nếu quý vị được yêu cầu thăm khám với nhà cung cấp ngoài mạng lưới thì sẽ cần phải có sự cho phép trước. Sau khi sự cho phép được phê duyệt, quý vị, nhà cung cấp yêu cầu và nhà cung cấp chấp nhận sẽ được thông báo về sự cho phép đã được phê duyệt này. Trong trường hợp này, chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc đó miễn phí cho quý vị. Để tìm hiểu về việc xin phê duyệt để thăm khám với nhà cung cấp ngoài mạng lưới, vui lòng xem Mục D trang 44.
- Chương trình bao trả cho các dịch vụ thẩm tách thận khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình trong thời gian ngắn. Quý vị có thể nhận được các dịch vụ này tại cơ sở thẩm tách được Medicare chứng nhận.
- Khi lần đầu tiên quý vị tham gia chương trình, quý vị có thể yêu cầu tiếp tục thăm khám với các nhà cung cấp hiện tại của quý vị. Trong một số trường hợp ngoại lệ, chúng tôi phải phê duyệt yêu cầu này nếu chúng tôi có thể xác minh rằng quý vị có mối quan hệ hiện có với các nhà cung cấp (xem Chương 1, trang 44). Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu của quý vị, quý vị có thể tiếp tục thăm khám với nhà cung cấp mà hiện nay quý vị đang thăm khám trong tối đa 12 tháng để nhận dịch vụ. Trong thời gian đó, điều phối viên dịch vụ chăm sóc của chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị để giúp quý vị tìm nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi có liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị. Sau 12 tháng, chúng tôi sẽ không còn bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị nữa nếu quý vị tiếp tục thăm khám với nhà cung cấp ngoài mạng lưới của chúng tôi và không liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị.

C. Thông tin về điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị

C1. Điều phối viên dịch vụ chăm sóc là ai

Điều phối viên dịch vụ chăm sóc là một đầu mối chính làm việc với quý vị, với chương trình bảo hiểm y tế và với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị để đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết. Điều phối viên dịch vụ chăm sóc giúp kết hợp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe để đáp ứng các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Người này làm việc với quý vị để lập kế hoạch chăm sóc cho quý vị. Người này giúp quý vị quyết định xem những ai sẽ tham gia vào nhóm dịch vụ chăm sóc của quý vị. Điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị cung cấp cho quý vị các thông tin cần thiết để quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Điều này cũng sẽ giúp quý vị có những lựa chọn phù hợp với quý vị.

C2. Cách thức quý vị có thể liên lạc với điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị

Điều phối viên dịch vụ chăm sóc sẽ được chỉ định cho quý vị khi quý vị trở thành thành viên chương trình. Điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị sẽ liên lạc với quý vị khi quý vị đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi. Bộ phận Dịch Vụ Thành Viên cũng sẽ cho quý vị biết cách thức quý vị có thể liên lạc với điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp liên lạc với điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

C3. Cách thức quý vị có thể thay đổi điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị

Nếu quý vị muốn thay đổi điều phối viên dịch vụ chăm sóc của mình, vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

Nếu quý vị cần thêm trợ giúp, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của chúng tôi theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

D. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, chuyên gia, nhà cung cấp dịch vụ y tế trong mạng lưới khác và nhà cung cấp dịch vụ y tế ngoài mạng lưới

D1. Dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính

Quý vị phải chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (viết tắt trong tiếng Anh là PCP) để họ cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Các PCP của chương trình chúng tôi liên kết với các Nhóm Y Tế. Khi quý vị chọn PCP của quý vị, quý vị cũng đang chọn Nhóm Y Tế liên kết.

Định nghĩa về “PCP,” và PCP làm gì cho quý vị?

Khi quý vị trở thành thành viên của chương trình chúng tôi, quý vị phải chọn nhà cung cấp trong mạng lưới của Health Net Cal MediConnect làm PCP của quý vị. PCP của quý vị là một bác sĩ đáp ứng các yêu cầu của tiểu bang và được đào tạo để có thể cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc y tế cơ bản. Những người này bao gồm các bác sĩ cung cấp dịch vụ đa khoa và/hoặc chăm sóc sức khỏe gia đình, và bác sĩ sản phụ khoa (viết tắt trong tiếng Anh là OB/GYN), những người cung cấp dịch vụ chăm sóc cho phụ nữ.

Quý vị sẽ nhận được phần lớn dịch vụ chăm sóc định kỳ hoặc cơ bản từ PCP của mình. PCP của quý vị cũng sẽ giúp quý vị quản lý phần dịch vụ được bao trả còn lại mà quý vị nhận được với tư cách là thành viên của chương trình chúng tôi. Dịch vụ này bao gồm:

- chụp X quang,
- xét nghiệm trong phòng thí nghiệm,

- liệu pháp,
- dịch vụ chăm sóc từ các chuyên gia,
- nhập viện, và
- dịch vụ chăm sóc theo dõi.

"Điều phối" các dịch vụ được bao trả của quý vị bao gồm việc kiểm tra hoặc tư vấn với các nhà cung cấp khác trong chương trình về dịch vụ chăm sóc cho quý vị và tình hình của dịch vụ chăm sóc đó. Nếu quý vị cần một số loại dịch vụ hoặc nguồn tiếp liệu được bao trả, quý vị phải được PCP của mình phê duyệt trước (ví dụ như trao cho quý vị giấy giới thiệu tới gặp chuyên gia). Với một số dịch vụ, PCP của quý vị sẽ cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước). Nếu dịch vụ mà quý vị cần yêu cầu sự cho phép trước, PCP của quý vị sẽ yêu cầu sự cho phép đó từ chương trình của chúng tôi hoặc Nhóm Y Tế của quý vị. Vì PCP của quý vị sẽ cung cấp và điều phối dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, quý vị cần gửi tất cả các hồ sơ y tế trước đây của mình tới văn phòng của PCP.

Như chúng tôi đã giải thích ở trên, thông thường quý vị sẽ thăm khám với PCP của mình trước đối với hầu hết các nhu cầu chăm sóc sức khỏe định kỳ của quý vị. Khi PCP của quý vị cho rằng quý vị cần được điều trị chuyên môn, họ sẽ cần phải trao cho quý vị giấy giới thiệu (sự phê duyệt trước) để quý vị thăm khám với chuyên gia trong chương trình hoặc một số nhà cung cấp khác. Quý vị chỉ có thể nhận một vài loại dịch vụ được bao trả mà không cần được PCP của mình phê duyệt trước, như chúng tôi giải thích bên dưới.

Mỗi Thành Viên đều có một PCP. Thậm chí PCP có thể là phòng khám. Phụ nữ có thể chọn OB/GYN hoặc phòng khám kế hoạch hóa gia đình làm PCP của họ.

Quý vị có thể chọn chuyên viên y tế không phải là bác sĩ làm PCP của mình. Các chuyên viên không phải là bác sĩ bao gồm: chuyên viên điều dưỡng hộ sinh được chứng nhận, chuyên viên điều dưỡng được chứng nhận và trợ lý bác sĩ. Quý vị sẽ được liên kết với PCP có vai trò giám sát nhưng quý vị sẽ tiếp tục nhận các dịch vụ từ chuyên viên không phải là bác sĩ mà mình đã chọn. Quý vị được phép thay đổi sự lựa chọn về chuyên viên của mình bằng cách thay đổi PCP có vai trò giám sát. Thẻ ID của quý vị sẽ được in cùng với tên của PCP có vai trò giám sát. Quý vị có thể có chuyên gia làm PCP của quý vị. Chuyên gia phải sẵn lòng và có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị cần.

Chọn một Trung Tâm Y Tế Đạt Tiêu Chuẩn của Liên Bang (viết tắt trong tiếng Anh là FQHC) hoặc Phòng Khám Sức Khỏe Nông Thôn (viết tắt trong tiếng Anh là RHC) làm PCP của quý vị

FQHC hoặc RHC là một phòng khám và có thể là PCP của quý vị.

FQHC và RHC là các trung tâm chăm sóc sức khỏe cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính. Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để biết tên và địa chỉ của các FQHC và RHC làm việc với Health Net Cal MediConnect hoặc xem trong *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc.*

Lựa chọn PCP của quý vị

Khi quý vị đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ chọn Nhóm Y Tế ký hợp đồng từ mạng lưới của chúng tôi. Nhóm y tế là nhóm các PCP, chuyên gia và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác làm việc cùng nhau và ký hợp đồng để làm việc với chương trình của chúng tôi. Quý vị cũng sẽ chọn PCP từ Nhóm Y Tế ký hợp đồng này. PCP mà quý vị chọn phải thuộc Nhóm Y Tế trong phạm vi 30 dặm hoặc 30 phút từ nơi quý vị sinh sống hoặc làm việc. Các Nhóm Y Tế (và các PCP và bệnh viện liên kết của họ) có thể được tìm thấy trong *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* hoặc quý vị có thể truy cập vào trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.healthnet.com/calmediconnect. Để xác nhận một nhà cung cấp có sẵn có hay không hoặc để hỏi về một PCP cụ thể, vui lòng liên lạc bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

Mỗi Nhóm Y Tế và PCP cấp giấy giới thiệu tới một số chuyên gia trong chương trình và sử dụng một số bệnh viện trong mạng lưới của họ. Nếu quý vị muốn sử dụng một chuyên gia hoặc bệnh viện cụ thể nằm trong chương trình, trước hết hãy kiểm tra để chắc chắn rằng chuyên gia và bệnh viện đó thuộc mạng lưới của PCP và Nhóm Y Tế. Tên và số điện thoại văn phòng của PCP chăm sóc cho quý vị được in trên thẻ thành viên của quý vị.

Nếu quý vị không chọn Nhóm Y Tế hoặc PCP hoặc nếu quý vị chọn một Nhóm Y Tế hoặc PCP không sẵn có trong chương trình này, chúng tôi sẽ tự động chỉ định quý vị tới một Nhóm Y Tế và PCP gần nhà quý vị.

Để biết thông tin về cách thay đổi PCP của quý vị, vui lòng xem phần "Thay đổi PCP của quý vị" bên dưới.

Tùy chọn thay đổi PCP

Quý vị có thể thay đổi PCP của mình vì bất kỳ lý do gì, vào bất cứ lúc nào. Đồng thời, có khả năng rằng PCP của quý vị có thể rời khỏi mạng lưới chương trình của chúng tôi. Nếu PCP của quý vị rời khỏi mạng lưới chương trình của chúng tôi, chúng tôi có thể giúp quý vị tìm một PCP mới trong mạng lưới chương trình của chúng tôi nếu PCP hiện tại của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi.

Yêu cầu của quý vị sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau ngày chương trình của chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Để thay đổi PCP của quý vị, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này là miễn phí, hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.healthnet.com/calmediconnect để thực hiện yêu cầu của quý vị.

Khi quý vị liên lạc với chúng tôi, hãy đảm bảo thông báo cho chúng tôi biết quý vị có đang gặp các chuyên gia hoặc nhận các dịch vụ được bao trả khác cần được PCP của quý vị phê duyệt hay không (ví dụ như các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia và thiết bị y tế lâu bền). Bộ phận Dịch Vụ Thành Viên sẽ cho quý vị biết quý vị có thể tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc chuyên môn và các dịch vụ khác mà quý vị đã và đang nhận khi quý vị thay đổi PCP của mình như thế nào. Họ cũng sẽ kiểm tra để đảm bảo rằng PCP mà quý vị muốn chuyển sang hiện đang ở trạng thái chấp nhận bệnh nhân mới. Bộ phận Dịch Vụ Thành Viên sẽ thay đổi hồ sơ thành viên của quý vị với tên PCP mới của quý vị và cho quý vị biết thời điểm việc đổi sang PCP mới của quý vị có hiệu lực.

Họ cũng sẽ gửi cho quý vị thẻ thành viên mới với tên và số điện thoại của PCP mới của quý vị.

Hãy nhớ rằng các PCP của chương trình chúng tôi liên kết với các Nhóm Y Tế. Nếu quý vị thay đổi PCP của mình, quý vị cũng có thể đang thay đổi các Nhóm Y Tế. Khi quý vị yêu cầu thay đổi, hãy đảm bảo thông báo cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên biết quý vị có đang thăm khám chuyên gia hoặc nhận các dịch vụ được bao trả khác yêu cầu PCP phê duyệt hay không. Bộ phận Dịch Vụ Thành Viên sẽ giúp đảm bảo rằng quý vị có thể tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc chuyên môn và các dịch vụ khác khi quý vị thay đổi PCP của mình.

Những dịch vụ quý vị có thể nhận được mà không cần có sự phê duyệt trước từ PCP của quý vị

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

- Các dịch vụ cấp cứu từ nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới.
- Dịch vụ chăm sóc khẩn thiết từ các nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Dịch vụ chăm sóc khẩn thiết từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị không thể thăm khám nhà cung cấp trong mạng lưới (ví dụ như khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình).
- Dịch vụ thẩm tách thận quý vị nhận được tại một cơ sở thẩm tách được Medicare chứng nhận khi quý vị ở bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình. (Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên trước khi quý vị rời khu vực dịch vụ. Chúng tôi có thể giúp quý vị nhận được dịch vụ thẩm tách khi quý vị đi xa.)

- Tiêm phòng cúm và chủng ngừa viêm phổi, với điều kiện là quý vị nhận các dịch vụ này từ nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ dành cho phụ nữ và các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Bao gồm khám vú, chụp quang tuyến vú sàng lọc (chụp x-quang vú), xét nghiệm Phết Tế Bào Cổ Tử Cung (xét nghiệm Pap) và kiểm tra xương chậu với điều kiện là quý vị nhận các dịch vụ đó từ nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Ngoài ra, nếu quý vị đủ điều kiện nhận các dịch vụ từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho Người Mỹ Bản Địa, quý vị có thể thăm khám với các nhà cung cấp này mà không cần có giấy giới thiệu.
- Các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình từ các nhà cung cấp trong mạng lưới và các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Dịch vụ chăm sóc tiền sản cơ bản, các dịch vụ điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục và xét nghiệm HIV

D2. Dịch vụ chăm sóc từ các chuyên gia và nhà cung cấp khác trong mạng lưới

Chuyên gia là bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một bệnh hoặc bộ phận cơ thể cụ thể. Có rất nhiều loại chuyên gia. Sau đây là một vài ví dụ:

- Bác sĩ chuyên khoa ung thư chăm sóc cho bệnh nhân ung thư.
- Bác sĩ chuyên khoa tim chăm sóc cho bệnh nhân mắc bệnh tim.
- Bác sĩ chuyên khoa chỉnh hình chăm sóc cho bệnh nhân mắc một số bệnh về xương, khớp hoặc cơ.

Để được thăm khám với chuyên gia, thông thường quý vị cần được PCP của mình phê duyệt trước (quy trình này được gọi là nhận "giấy giới thiệu" tới thăm khám với chuyên gia). Điều rất quan trọng là phải nhận giấy giới thiệu (sự phê duyệt trước) từ PCP của quý vị trước khi thăm khám với chuyên gia hoặc một số nhà cung cấp khác trong chương trình (có một vài trường hợp ngoại lệ, bao gồm chăm sóc sức khỏe định kỳ cho phụ nữ). Nếu quý vị không có giấy giới thiệu (sự phê duyệt trước) trước khi nhận dịch vụ từ chuyên gia, quý vị có thể phải tự thanh toán cho các dịch vụ đó.

Nếu chuyên gia muốn quý vị quay lại để được chăm sóc thêm, trước tiên hãy kiểm tra để đảm bảo rằng giấy giới thiệu (sự phê duyệt trước) cho cuộc thăm khám đầu tiên mà quý vị nhận được từ PCP có bao gồm cả các cuộc thăm khám bổ sung với chuyên gia đó.

Mỗi Nhóm Y Tế và PCP cấp giấy giới thiệu tới một số chuyên gia trong chương trình và sử dụng một số bệnh viện trong mạng lưới của họ. Điều này có nghĩa là PCP và Nhóm Y Tế quý vị chọn có thể quyết định chuyên gia và bệnh viện quý vị có thể sử dụng. Nếu quý vị muốn sử dụng các chuyên gia hoặc bệnh viện cụ thể, hãy kiểm tra xem Nhóm Y Tế hoặc PCP của quý vị có sử dụng các chuyên gia hoặc bệnh viện này hay không. Thông thường quý vị có thể thay đổi PCP của mình bất

cứ lúc nào nếu quý vị muốn đến khám chuyên gia trong chương trình hoặc tới bệnh viện mà PCP hiện tại của quý vị không thể giới thiệu tới. Trong chương này ở mục “Thay đổi PCP của quý vị”, chúng tôi cho quý vị biết cách thay đổi PCP của quý vị.

Một số loại dịch vụ sẽ cần được chương trình của chúng tôi hoặc Nhóm Y Tế của quý vị phê duyệt trước (quy trình này được gọi là nhận “sự cho phép trước”). Sự cho phép trước là quy trình phê duyệt diễn ra trước khi quý vị nhận một số dịch vụ. Nếu dịch vụ quý vị cần yêu cầu sự cho phép trước, PCP của quý vị hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới sẽ yêu cầu sự cho phép từ chương trình của chúng tôi hoặc Nhóm Y Tế của quý vị. Yêu cầu sẽ được xem xét và quyết định (xác định của tổ chức) sẽ được gửi cho quý vị và nhà cung cấp của quý vị. Xem Bảng Phúc Lợi ở Chương 4 của sổ tay này để biết các dịch vụ cụ thể mà cần có sự cho phép trước.

D3. Điều cần làm khi một nhà cung cấp rời khỏi chương trình của chúng tôi?

Nhà cung cấp trong mạng lưới mà quý vị đang sử dụng có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi. Nếu một trong những nhà cung cấp của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có một số quyền và biện pháp bảo vệ được tóm tắt dưới đây:

- Ngay cả khi mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi trong năm, chúng tôi phải cho phép quý vị tiếp cận liên tục các nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn.
- Chúng tôi sẽ cố gắng hết sức có thể để thông báo trước cho quý vị ít nhất 30 ngày để quý vị có thời gian lựa chọn nhà cung cấp mới.
- Chúng tôi sẽ giúp quý vị lựa chọn nhà cung cấp mới đủ tiêu chuẩn để tiếp tục quản lý nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Nếu quý vị đang điều trị y tế, quý vị có quyền yêu cầu và chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để đảm bảo rằng việc điều trị cần thiết về mặt y tế mà quý vị đang nhận không bị gián đoạn.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã không thay thế nhà cung cấp trước đó của quý vị bằng nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn hoặc rằng dịch vụ chăm sóc của quý vị không được quản lý một cách phù hợp, quý vị có quyền nộp đơn kháng nghị về quyết định của chúng tôi.

Nếu quý vị phát hiện một trong những nhà cung cấp của quý vị đang rời khỏi chương trình của chúng tôi, vui lòng liên lạc với chúng tôi để chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị tìm nhà cung cấp mới và quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị. Để được hỗ trợ, hãy liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

D4. Cách nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Nếu quý vị cần loại dịch vụ nhất định nào đó và dịch vụ đó không sẵn có trong mạng lưới chương trình của chúng tôi, trước tiên quý vị sẽ cần có sự cho phép trước (sự phê duyệt trước). PCP của quý vị sẽ yêu cầu sự cho phép trước từ chương trình của chúng tôi hoặc Nhóm Y Tế của quý vị.

Điều rất quan trọng là quý vị phải được phê duyệt trước trước khi thăm khám với nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoặc nhận các dịch vụ ngoài mạng lưới của chúng tôi (ngoại trừ dịch vụ chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và các dịch vụ thẩm tách thận quý vị nhận được tại một cơ sở thẩm tách được Medicare chứng nhận khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình). Nếu quý vị không được phê duyệt trước, quý vị có thể phải tự thanh toán cho các dịch vụ đó.

Để biết thông tin về khoản bao trả cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu và khẩn thiết ngoài mạng lưới, vui lòng xem Mục H trong Chương này.

Nếu quý vị đi gặp nhà cung cấp ngoài mạng lưới, nhà cung cấp đó phải đủ điều kiện tham gia vào Medicare và/hoặc Medi-Cal.

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

E. Cách nhận các Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (viết tắt trong tiếng Anh là LTSS)

Các Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (viết tắt trong tiếng Anh là LTSS) bao gồm Các Dịch Vụ cho Người Lớn tại Cộng Đồng (viết tắt trong tiếng Anh là CBAS), Chương Trình Multipurpose Senior Services Program (viết tắt trong tiếng Anh là MSSP), và Dưỡng Đường (viết tắt trong tiếng Anh là NF). Các dịch vụ này có thể diễn ra ở nhà của quý vị, trong cộng đồng hoặc tại một cơ sở nào đó. Các loại LTSS khác nhau được mô tả dưới đây:

- **Các Dịch Vụ cho Người Lớn tại Cộng Đồng (viết tắt trong tiếng Anh là CBAS):** Chương trình dịch vụ ngoại trú tại cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, các dịch vụ xã hội, liệu pháp chức năng và ngôn ngữ, dịch vụ chăm sóc cá nhân, hỗ trợ và đào tạo gia đình/người chăm sóc, các dịch vụ dinh dưỡng, vận chuyển và các dịch vụ khác nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí về tính đủ điều kiện áp dụng.

- **Chương Trình Multipurpose Senior Services Program (viết tắt trong tiếng Anh là MSSP):** Chương trình cụ thể của Tiểu Bang California cung cấp Các Dịch Vụ Tại Gia và Cộng Đồng (viết tắt trong tiếng Anh là HCBS) cho các khách hàng lớn tuổi yếu ớt có thể có chứng nhận được sắp xếp lưu trú trong dưỡng đường nhưng muốn ở lại cộng đồng.
    - Các cá nhân đủ điều kiện tham gia Medi-Cal từ 65 tuổi trở lên bị khuyết tật có thể đủ tiêu chuẩn tham gia chương trình này. Chương trình này là lựa chọn thay thế cho việc sắp xếp lưu trú trong dưỡng đường.
    - Các dịch vụ MSSP có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở: Trung Tâm Hỗ Trợ/Chăm Sóc Ban Ngày Dành Cho Người Lớn, hỗ trợ chỗ ở như hỗ trợ về mặt thể chất và thiết bị hỗ trợ, hỗ trợ việc nhà và chăm sóc cá nhân, giám sát bảo vệ, quản lý dịch vụ chăm sóc và các loại dịch vụ khác.
- **Dưỡng Đường (viết tắt trong tiếng Anh là NF):** Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể sống ở nhà một cách an toàn nhưng không cần nhập viện.

Điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị sẽ giúp quý vị hiểu về mỗi chương trình. Để tìm hiểu thêm về bất kỳ chương trình nào trong số này, hãy liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến hết Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

F. Cách nhận các dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi (sức khỏe tâm thần và Rối Loạn Do Sử Dụng Dược Chất)

Quý vị sẽ được tiếp cận các dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi cần thiết về mặt y tế được Medicare và Medi-Cal bao trả. Health Net Cal MediConnect cung cấp quyền tiếp cận các dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi được Medicare bao trả. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi được bao trả của Medi-Cal không được Health Net Cal MediConnect cung cấp, nhưng sẵn có cho các thành viên Health Net Cal MediConnect đủ điều kiện thông qua *Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần (viết tắt trong tiếng Anh là MHP) và Dịch Vụ Bỏ Rượu & Cai Nghiện Ma Túy (viết tắt trong tiếng Anh là ADS) của Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi Hạt San Diego.*

F1. Dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi Medi-Cal nào được cung cấp ngoài Health Net Cal MediConnect thông qua Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần (viết tắt trong tiếng Anh là MHP) và Dịch Vụ Bỏ Rượu & Cai Nghiện Ma Túy (viết tắt trong tiếng Anh là ADS) của Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi Hạt San Diego?

Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên môn của Medi-Cal được cung cấp cho quý vị thông qua Chương Trình Mental Health Plan (viết tắt trong tiếng Anh là MHP) của hạt nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí cho tính cần thiết về mặt y tế của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên môn của Medi-Cal. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên môn của Medi-Cal được Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần (viết tắt trong tiếng Anh là MHP) và Dịch Vụ Bỏ Rượu & Cai Nghiện Ma Túy (viết tắt trong tiếng Anh là ADS) của Dịch Vụ Chăm Sóc Sức khỏe Hành Vi Hạt San Diego cung cấp, bao gồm:

- Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần (đánh giá, liệu pháp, phục hồi chức năng, hỗ trợ gián tiếp và lập kế hoạch)
- Các dịch vụ hỗ trợ về thuốc
- Điều trị tích cực ban ngày
- Phục hồi chức năng ban ngày
- Can thiệp khủng hoảng
- Ổn định khủng hoảng
- Dịch vụ điều trị tại nhà dành cho người lớn
- Dịch vụ điều trị tại nhà dành cho bệnh nhân bị khủng hoảng
- Dịch vụ tại cơ sở y tế tâm thần
- Dịch vụ tại bệnh viện tâm thần cho bệnh nhân nội trú
- Quản lý trường hợp có mục tiêu

Dịch vụ Drug Medi-Cal sẵn có cho quý vị thông qua Dịch Vụ Bỏ Rượu & Cai Nghiện Ma Túy (viết tắt trong tiếng Anh là ADS) của Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi Hạt San Diego nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí về tính cần thiết về mặt y tế của Drug Medi-Cal. Dịch vụ Drug Medi-Cal được Dịch Vụ Bỏ Rượu & Cai Nghiện Ma Túy (viết tắt trong tiếng Anh là ADS) của Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi Hạt San Diego cung cấp bao gồm:

- Các dịch vụ điều trị tích cực cho bệnh nhân ngoại trú
- Các dịch vụ điều trị tại nhà
- Các dịch vụ cai bỏ dược chất cho bệnh nhân ngoại trú
- Các dịch vụ điều trị nghiện ma túy
- Các dịch vụ điều trị bằng naltrexone dành cho tình trạng phụ thuộc opioid

Ngoài các dịch vụ Drug Medi-Cal được liệt kê ở trên, quý vị có thể tiếp cận với các dịch vụ khử độc tự nguyện dành cho bệnh nhân nội trú nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí cho tính cần thiết về mặt y tế.

Quý vị cũng sẽ tiếp cận các dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi cần thiết về mặt y tế được Medicare bao trả và được quản lý thông qua Mạng Lưới Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần của Health Net Cal MediConnect. Các dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi bao gồm, nhưng không giới hạn ở:

- Dịch vụ cho bệnh nhân ngoại trú: Can thiệp khủng hoảng cho bệnh nhân ngoại trú, đánh giá và liệu pháp ngắn hạn, liệu pháp chuyên môn dài hạn và bất kỳ dịch vụ chăm sóc phục hồi chức năng nào liên quan đến Rối Loạn Do Sử Dụng Dược Chất.
- Các dịch vụ và nguồn tiếp liệu cho bệnh nhân nội trú: Chỗ ở trong phòng hai giường trở lên, bao gồm các khu điều trị đặc biệt, các nguồn tiếp liệu và dịch vụ phụ trợ thường do cơ sở cung cấp.
- Các mức chăm sóc cho bệnh nhân nội trú và chăm sóc thay thế: các dịch vụ ngoại trú tích cực và nhập viện bán phần tại cơ sở được Medicare Chứng Nhận.
- Khử độc: Các dịch vụ nội trú cai nghiện cấp tính và điều trị các bệnh trạng cấp tính liên quan đến Rối Loạn Do Sử Dụng Dược Chất.
- Các dịch vụ cấp cứu: khám sàng lọc, khám và đánh giá để xác định liệu có tồn tại bệnh tâm thần cấp cứu hay không và dịch vụ chăm sóc và điều trị cần thiết để giảm nhẹ hoặc loại bỏ bệnh tâm thần cấp cứu.

Để biết thông tin về nhà cung cấp, vui lòng xem trong *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của quý vị. Quý vị cũng có thể liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của Health Net Cal MediConnect theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị cũng có thể truy cập vào trang web của chúng tôi tại www.healthnet.com/calmediconnect.

Trường hợp loại trừ và giới hạn của các dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi

Để biết danh sách các trường hợp loại trừ và giới hạn của dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi, vui lòng xem Chương 4, Mục F: Các phúc lợi *không* được Health Net Cal MediConnect, Medicare, hoặc Medi-Cal bao trả.

Quy trình được sử dụng để xác định tính cần thiết về mặt y tế đối với các dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi

Chương trình phải cho phép bao trả một số dịch vụ và nguồn tiếp liệu cho chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi. Để biết chi tiết về các dịch vụ có thể cần sự cho phép trước, vui lòng tham khảo Chương 4. Để có được sự cho phép cho các dịch vụ này, quý vị phải gọi bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của Health Net Cal MediConnect theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí. Chương trình sẽ giới thiệu quý vị đến một chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần đã ký hợp đồng gần quý vị, người này sẽ đánh giá để xác định xem quý vị có cần điều trị thêm không. Nếu quý vị cần được điều trị, chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần đã ký hợp đồng sẽ lập một kế hoạch điều trị và gửi kế hoạch đó cho Health Net xem xét. Các dịch vụ được đưa vào kế hoạch điều trị sẽ được bao trả khi chương trình cho phép. Nếu chương trình không phê duyệt kế hoạch điều trị đó, sẽ không có thêm dịch vụ hoặc nguồn tiếp liệu nào được bao trả cho tình trạng đó. Tuy nhiên, chương trình có thể chuyển quý vị đến phòng sức khỏe tâm thần của hạt để giúp quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết.

Quy trình giới thiệu giữa Health Net Cal MediConnect và Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần (viết tắt trong tiếng Anh là MHP) và Dịch Vụ Bỏ Rượu & Cai Nghiện Ma Túy (viết tắt trong tiếng Anh là ADS) của Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi Hạt San Diego**.**

Có thể nhận giấy giới thiệu tới các dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi của Health Net Cal MediConnect từ nhiều nguồn, bao gồm: các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi của hạt, quản lý trường hợp của hạt, PCP, các thành viên và gia đình của họ. Những nguồn giới thiệu này có thể liên lạc với Health Net Cal MediConnect bằng cách gọi đến số điện thoại ở trên Thẻ ID Thành Viên của quý vị. Health Net sẽ xác nhận tính đủ điều kiện và cho phép các dịch vụ này khi thích hợp.

Heath Net sẽ làm việc với Hạt San Diego để cung cấp giấy giới thiệu và điều phối dịch vụ chăm sóc phù hợp cho quý vị.

Quý vị có thể trực tiếp làm giấy giới thiệu đến Các Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Môn của Hạt và/hoặc Các Dịch Vụ về Bỏ Rượu & Cai Nghiện Ma Túy.

Các dịch vụ điều phối dịch vụ chăm sóc bao gồm điều phối các dịch vụ giữa các PCP, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi của Hạt, quản lý trường hợp của hạt, quý vị và gia đình hoặc người chăm sóc của quý vị khi thích hợp.

Cần làm gì nếu quý vị cố vấn đề hoặc khiếu nại về dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi

Các phúc lợi được nêu trong mục này phải tuân theo quy trình kháng nghị giống như bất kỳ phúc lợi nào khác. Xem Chương 9, Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (các quyết định bao trả, kháng nghị, khiếu nại) để biết thông tin về việc khiếu nại.

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho Health Net Cal MediConnect theo số điện thoại 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, hãy truy cập www.healthnet.com/calmediconnect.

Tiếp tục chăm sóc cho các thành viên hiện đang nhận dịch vụ chăm sóc Sức Khỏe Hành Vi

Nếu quý vị hiện đang nhận Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi, quý vị có thể yêu cầu tiếp tục đến thăm khám với nhà cung cấp của quý vị. Chúng tôi phải phê duyệt yêu cầu này nếu quý vị có thể cho chúng tôi thấy quý vị đang có mối quan hệ với nhà cung cấp của quý vị trong 12 tháng trước khi đăng ký. Nếu yêu cầu của quý vị được phê duyệt, quý vị có thể tiếp tục thăm khám với nhà cung cấp mà hiện nay quý vị đang thăm khám trong tối đa 12 tháng. Sau 12 tháng đầu tiên, chúng tôi có thể không còn bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị nữa nếu quý vị tiếp tục thăm khám với nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để được trợ giúp về yêu cầu của quý vị, vui lòng gọi tới bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của Health Net Cal MediConnect theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

G. Cách nhận các dịch vụ vận chuyển

Health Net Cal MediConnect đang hợp tác với LogistiCare Solutions, LLC (LogistiCare) nhằm cung cấp Dịch Vụ Vận Chuyển Y Tế Không Cấp Cứu (viết tắt trong tiếng Anh là NEMT) và Vận Chuyển Phi Y Tế (viết tắt trong tiếng Anh là NMT) cho thành viên của Health Net đã đăng ký Chương Trình Cal MediConnect Plan.

Dịch Vụ Vận Chuyển Y Tế Không Cấp Cứu (viết tắt trong tiếng Anh là NEMT)
Dịch vụ vận chuyển y tế không cấp cứu cần thiết để nhận các dịch vụ y tế được bao trả và theo toa thuốc đã kê của bác sĩ, nha sĩ hoặc bác sĩ trị bệnh về bàn chân và chỉ khi tình trạng y tế và thể chất của người nhận không cho phép người nhận đi lại bằng xe buýt, xe khách, taxi hoặc hình thức vận chuyển công cộng hay tư nhân nào khác.

Dịch vụ Vận chuyển Phi Y tế (viết tắt là NMT)

NMT bao gồm việc vận chuyển đến các dịch vụ y tế bằng xe khách, taxi hoặc các loại hình vận chuyển công cộng /tư nhân khác được cung cấp bởi các đối tượng không được đăng ký là nhà cung cấp thuộc Medi-Cal.

Vận chuyển NMT không bao gồm việc vận chuyển các thành viên bị ốm, bị thương, người đang dưỡng bệnh, ốm yếu hoặc các thành viên mất khả năng khác bằng các dịch vụ vận chuyển y tế bằng xe cứu thương, xe tải nhỏ hoặc xe tải chở xe lăn.

Phúc lợi của dịch vụ vận chuyển NMT bao gồm:

- Chuyến đi khứ hồi không giới hạn miễn phí cho mỗi thành viên mỗi năm theo lịch
- Dịch vụ đưa đón tại chỗ

- Xe taxi, xe khách tiêu chuẩn, xe tải nhỏ
- Dịch vụ đến và đi từ các cuộc hẹn khám y tế từ nơi cư trú
- Không có giới hạn về tổng số dặm đường đi trong khu vực dịch vụ
- Miễn phí cho một thành viên gia đình hoặc người chăm sóc trên phương tiện vận chuyển
- Quý vị có thể yêu cầu lái xe dừng tại nhà thuốc, nhà cung cấp dịch vụ quang tuyến X hoặc cơ sở phòng thí nghiệm của văn phòng bác sĩ (sẽ không bị tính là chuyến đi riêng)

Để yêu cầu các dịch vụ vận chuyển đã mô tả ở trên, hãy liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của Health Net Cal MediConnect theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

Yêu cầu về dịch vụ vận chuyển phải được gửi trước bảy ngày làm việc đối với cả hai dịch vụ vận chuyển y tế không cấp cứu và dịch vụ vận chuyển phi y tế.

Nếu quý vị cần sắp xếp những dịch vụ bằng thông báo ngắn hơn, thì các yêu cầu này sẽ được xem xét theo từng trường hợp và sẽ phụ thuộc vào tính chất của cuộc hẹn, thời điểm cuộc hẹn cho dịch vụ y tế được sắp xếp và tính sẵn có của các nguồn lực vận chuyển.

H. Cách nhận các dịch vụ được bao trả khi quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế hoặc cần được chăm sóc khẩn cấp hoặc khi xảy ra thảm họa

H1. Dịch vụ chăm sóc nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế

Định nghĩa về trường hợp cấp cứu y tế

Trường hợp cấp cứu y tế là một bệnh trạng có các triệu chứng chẳng hạn như cơn đau nặng hoặc tổn thương nghiêm trọng. Tình trạng này nghiêm trọng đến mức nếu không được chăm sóc y tế ngay lập tức, quý vị hoặc bất kỳ ai có hiểu biết trung bình về sức khỏe và y khoa cũng có thể biết tình trạng này sẽ gây ra:

- Nguy cơ nghiêm trọng ảnh hưởng tới sức khỏe của quý vị hoặc của thai nhi; ***hoặc***
- Tổn hại nghiêm trọng đến các chức năng cơ thể; ***hoặc***
- Rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào trên cơ thể; ***hoặc***
- Trong trường hợp phụ nữ mang thai, đang chuyển dạ tích cực, khi:
    - không đủ thời gian để chuyển quý vị đến bệnh viện khác an toàn trước khi sinh.
    - việc chuyển đến bệnh viện khác có thể gây ra mối đe dọa tới sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc thai nhi của quý vị.

Cần làm gì nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế?

Nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế:

- **Tìm trợ giúp nhanh nhất có thể.** Gọi 911 hoặc đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu gần nhất. Gọi xe cứu thương nếu cần. Quý vị **không** cần phải được PCP của mình phê duyệt hoặc giới thiệu trước.
- **Hãy đảm bảo thông báo cho chương trình của chúng tôi biết về trường hợp cấp cứu của quý vị sớm nhất có thể.** Chúng tôi cần theo dõi dịch vụ chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hoặc người khác cần gọi điện để cho chúng tôi biết về dịch vụ chăm sóc cấp cứu của quý vị, thông thường trong vòng 48 giờ. Tuy nhiên, quý vị sẽ không phải thanh toán cho các dịch vụ cấp cứu vì thông báo chậm trễ cho chúng tôi. Liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn bảo mật. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

Các dịch vụ nào được bao trả trong trường hợp cấp cứu y tế?

Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu được bao trả bất kỳ khi nào quý vị cần, ở bất kỳ đâu của Hoa Kỳ hoặc vùng lãnh thổ Hoa Kỳ. Nếu quý vị cần xe cứu thương đưa quý vị tới phòng cấp cứu, thì chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ đó. Để tìm hiểu thêm, hãy xem Bảng Phúc Lợi trong Chương 4.

Khoản bao trả được giới hạn trong phạm vi Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ: 50 tiểu bang, Quận Columbia, Puerto Rico, Quần Đảo Virgin, Guam, Quần Đảo Bắc Mariana và American Samoa.

Có một số trường hợp ngoại lệ theo chương trình Medicare như sau:

Có ba trường hợp mà Medicare có thể chi trả cho một số loại dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị nhận được tại một bệnh viện nước ngoài (bệnh viện bên ngoài Hoa Kỳ): 1. Quý vị đang ở Hoa Kỳ khi gặp trường hợp cấp cứu y tế và bệnh viện nước ngoài ở gần hơn bệnh viện Hoa Kỳ gần nhất mà có thể điều trị bệnh hoặc thương tích của quý vị. 2. Quý vị đang đi qua Canada không có sự trì hoãn vô lý bằng chuyến bay thẳng nhất từ Alaska đến một tiểu bang khác khi trường hợp cấp cứu y tế xảy ra và bệnh viện Canada ở gần hơn bệnh viện Hoa Kỳ gần nhất mà có thể điều trị bệnh hoặc thương tích của quý vị. Medicare xác định những trường hợp đủ tiêu chuẩn là “không có sự trì hoãn vô lý” theo từng trường hợp. 3. Quý vị sống ở Hoa Kỳ và nhà quý vị gần bệnh viện nước ngoài hơn bệnh viện Hoa Kỳ gần nhất mà có thể điều trị bệnh trạng của quý vị, bất kể đó có phải là trường hợp cấp cứu hay không. Trong các tình huống này, Medicare sẽ chỉ chi trả cho các dịch vụ được Medicare bao trả mà quý vị nhận được ở bệnh viện nước ngoài.

Khoản bao trả của Medi-Cal được giới hạn trong phạm vi Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ, ngoại trừ Dịch Vụ Cấp Cứu yêu cầu phải nhập viện tại Canada hoặc Mexico.

Khi đã qua tình trạng cấp cứu, quý vị có thể cần được chăm sóc theo dõi nhằm đảm bảo rằng tình trạng của quý vị sẽ khá hơn. Dịch vụ chăm sóc theo dõi của quý vị sẽ được chúng tôi bao trả. Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi sẽ cố gắng đưa các nhà cung cấp trong mạng lưới tiếp nhận dịch vụ chăm sóc của quý vị sớm nhất có thể.

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

Đôi khi, khó có thể xác định liệu quý vị có đang gặp trường hợp cấp cứu y tế hoặc sức khỏe hành vi hay không. Quý vị có thể đến để được chăm sóc cấp cứu và bác sĩ cho rằng đó thực sự không phải là trường hợp cấp cứu. Với điều kiện là quý vị cho rằng sức khỏe của mình đang bị đe dọa nghiêm trọng một cách hợp lý, chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Tuy nhiên, sau khi bác sĩ đã cho biết đó *không* phải là trường hợp cấp cứu, chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc bổ sung của quý vị chỉ khi:

- Quý vị đến nhà cung cấp trong mạng lưới, **hoặc**
- Dịch vụ chăm sóc bổ sung mà quý vị nhận được coi là "dịch vụ chăm sóc khẩn thiết" và quý vị tuân thủ các quy tắc đối với việc nhận dịch vụ chăm sóc này. (Hãy xem mục tiếp theo.)

H2. Dịch vụ chăm sóc khẩn thiết

Định nghĩa về dịch vụ chăm sóc khẩn thiết

Dịch vụ chăm sóc khẩn thiết là dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được đối với bệnh, thương tích hoặc tình trạng bất ngờ mà không phải là trường hợp cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay lập tức. Ví dụ như quý vị có thể bị bùng phát tình trạng quý vị đang mắc phải và cần được điều trị.

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

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc khẩn thiết *chỉ* khi:

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

Tuy nhiên, nếu quý vị không thể đến gặp nhà cung cấp trong mạng lưới, chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc khẩn thiết mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Trong những trường hợp cấp cứu nghiêm trọng: Gọi "911" hoặc tới bệnh viện gần nhất.

Nếu trường hợp của quý vị không quá nghiêm trọng: Gọi cho PCP hoặc Nhóm Y Tế của quý vị, hoặc nếu quý vị không thể gọi cho họ hoặc quý vị cần chăm sóc y tế ngay lập tức, vui lòng đến trung tâm y tế, trung tâm chăm sóc khẩn cấp, hoặc bệnh viện gần nhất.

Nếu quý vị không chắc chắn liệu đó có phải là bệnh trạng cấp cứu hay không, thì quý vị có thể gọi cho Nhóm Y Tế hoặc PCP của quý vị để được trợ giúp.

Nhóm Y Tế của quý vị sẵn có 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần để trả lời ngay lập tức các cuộc điện thoại của quý vị về chăm sóc y tế mà quý vị cho là cần thiết. Họ sẽ đánh giá trường hợp của quý vị và cung cấp những chỉ dẫn cho quý vị về nơi cần đến để nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

Nếu quý vị không chắc liệu quý vị có gặp trường hợp cấp cứu hoặc cần chăm sóc khẩn cấp hay không, vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY:711), để được kết nối với các dịch vụ y tá tư vấn. Từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn bảo mật. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí. Là Thành Viên của Health Net Cal MediConnect, quý vị có quyền tiếp cận dịch vụ phân loại bệnh nhân (triage) hoặc khám sàng lọc, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.

Dịch vụ chăm sóc khẩn thiết khi quý vị đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình

Khi quý vị đang ở bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình, quý vị có thể sẽ không thể nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong trường hợp đó, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc khẩn thiết mà quý vị nhận được từ bất kỳ nhà cung cấp nào.

Chương trình của chúng tôi không bao trả dịch vụ chăm sóc khẩn thiết hoặc bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào khác mà quý vị nhận được ngoài Hoa Kỳ.

H3. Dịch vụ chăm sóc trong trường hợp xảy ra thảm họa

Nếu Thống Đốc tiểu bang của quý vị, Bộ Trưởng Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ, hoặc Tổng Thống Hoa Kỳ công bố một tình trạng thảm họa hoặc khẩn cấp trong khu vực địa lý của quý vị, thì quý vị vẫn có quyền được nhận dịch vụ chăm sóc từ Health Net Cal MediConnect.

Vui lòng truy cập trang web của chúng tôi để biết thông tin về cách nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết trong trường hợp thảm hoạ được công bố: www.healthnet.com/calmediconnect.

Trong một trường hợp thảm họa được công bố, nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới, chúng tôi sẽ cho phép quý vị được nhận miễn phí dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Nếu quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới trong trường hợp thảm họa được công bố, thì quý vị sẽ có thể mua thuốc theo toa bác sĩ của mình tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5.

I. Điều gì xảy ra nếu quý vị bị tính hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ được chương trình của chúng tôi bao trả

Nếu một nhà cung cấp gửi cho quý vị hóa đơn thay vì gửi nó cho chương trình, thì quý vị cần yêu cầu chúng tôi trả phần chi phí của hóa đơn của chúng tôi.

Quý vị không nên tự mình chi trả hóa đơn đó. Nếu quý vị làm vậy, chương trình có thể sẽ không hoàn lại cho quý vị.

Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được bao trả của quý vị **hoặc** nếu quý vị đã nhận được hóa đơn cho toàn bộ chi phí của dịch vụ y tế được bao trả, vui lòng xem **Chương 7** để tìm hiểu những việc cần làm.

I1. Quý vị cần làm gì nếu các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả

Health Net Cal MediConnect bao trả tất cả các dịch vụ:

- Được xác định là cần thiết về mặt y tế, **và**
- Được liệt kê ở Bảng Phúc Lợi của chương trình (xem Chương 4), **và**
- Quý vị nhận được bằng cách tuân thủ các quy tắc của chương trình.

Nếu quý vị nhận được các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi bao trả, **quý vị phải tự trả toàn bộ chi phí.**

Nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có chi trả cho bất kỳ dịch vụ hoặc sự chăm sóc y tế nào không, thì quý vị có quyền hỏi chúng tôi. Quý vị cũng có quyền hỏi điều này bằng văn bản. Nếu chúng tôi nói sẽ không chi trả cho các dịch vụ của quý vị, quý vị có quyền kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Chương 9 giải thích về những điều cần làm nếu quý vị muốn chúng tôi bao trả một vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Chương này cũng cho quý vị biết cách kháng nghị về quyết định bao trả của chúng tôi. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu thêm về các quyền kháng nghị của quý vị.

Chúng tôi sẽ thanh toán cho một số dịch vụ tối đa tới một giới hạn nhất định. Nếu quý vị vượt quá giới hạn đó, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí để được nhận nhiều hơn từ loại dịch vụ đó. Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu về những giới hạn đó và quý vị đã hiện đã gần những giới hạn đó tới mức nào.

J. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được bao trả như thế nào khi quý vị đang tham gia công trình nghiên cứu lâm sàng?

J1. Định nghĩa về công trình nghiên cứu lâm sàng

Công trình nghiên cứu lâm sàng (còn được gọi là thử nghiệm lâm sàng) là phương pháp các bác sĩ thử nghiệm các loại thuốc hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe mới. Họ kêu gọi người tình nguyện hỗ trợ cho cuộc nghiên cứu. Loại nghiên cứu này giúp các bác sĩ xác định xem loại thuốc hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe mới có hiệu quả và an toàn hay không.

Sau khi Medicare phê duyệt nghiên cứu mà quý vị tham gia, người làm việc trong nghiên cứu sẽ liên lạc với quý vị. Người đó sẽ cho quý vị biết thông tin về nghiên cứu và xem liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn tham gia hay không. Quý vị có thể tham gia nghiên cứu nếu quý vị đáp ứng các điều kiện bắt buộc. Quý vị cũng phải hiểu và chấp nhận những điều quý vị phải làm cho nghiên cứu.

Khi quý vị tham gia nghiên cứu, quý vị có thể tiếp tục đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi. Theo cách đó, quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc không liên quan đến nghiên cứu từ chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn tham gia vào công trình nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt, thì quý vị *không* cần sự phê duyệt của chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị. Các nhà cung cấp mà cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị như là một phần của nghiên cứu *không* cần phải là các nhà cung cấp trong mạng lưới.

Quý vị cần cho chúng tôi biết trước khi bắt đầu tham gia vào một công trình nghiên cứu lâm sàng.

Nếu quý vị có kế hoạch tham gia vào một công trình nghiên cứu lâm sàng, thì quý vị hoặc điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị cần liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để thông báo cho chúng tôi về việc quý vị sẽ tham gia vào thử nghiệm lâm sàng.

J2. Thanh toánh các dịch vụ khi quý vị tham gia vào một công trình nghiên cứu lâm sàng

Nếu quý vị tình nguyện tham gia vào một công trình nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt, thì quý vị sẽ không phải thanh toán cho các dịch vụ được bao trả trong nghiên cứu và Medicare sẽ chi trả cho các dịch vụ được bao trả trong nghiên cứu cũng như các chi phí thông thường liên quan đến dịch vụ chăm sóc của quý vị. Sau khi quý vị tham gia vào công trình nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt, quý vị được bao trả cho hầu hết vật dụng và dịch vụ mà quý vị nhận được như là một phần của nghiên cứu. Các vật dụng và dịch vụ này bao gồm:

- Ăn ở trong quá trình nằm viện mà Medicare sẽ thanh toán ngay cả khi quý vị không tham gia vào một nghiên cứu.
- Phẫu thuật hoặc thủ thuật y tế khác mà là một phần của công trình nghiên cứu này.
- Điều trị bất kỳ tác dụng phụ và biến chứng nào của dịch vụ chăm sóc mới đó.

Nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu mà Medicare **chưa phê duyệt**, thì quý vị sẽ phải trả mọi chi phí cho việc tham gia nghiên cứu.

J3. Tìm hiểu thêm về các công trình nghiên cứu lâm sàng

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về việc tham gia công trình nghiên cứu lâm sàng bằng cách đọc "Medicare & Clinical Research Studies" (Medicare & Công Trình Nghiên Cứu Lâm Sàng)" trên trang web của Medicare (https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). Quý vị cũng có thể gọi tới 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

K. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được bao trả như thế nào khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ một tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

K1. Định nghĩa về tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

Tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị mà thông thường quý vị sẽ nhận được tại bệnh viện hoặc dưỡng đường chuyên môn. Nếu việc nhận dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện hoặc dưỡng đường chuyên môn trái với tín ngưỡng tôn giáo của quý vị thì chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc tại tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế.

Quý vị có thể chọn nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe vào bất kỳ lúc nào vì bất kỳ lý do gì. Phúc lợi này chỉ dành cho các dịch vụ nội trú Medicare Part A (các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế). Medicare sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế do các tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế cung cấp.

K2. Nhận dịch vụ chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

Để nhận dịch vụ chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế, quý vị phải ký vào một tài liệu pháp lý tuyên bố rằng quý vị phản đối việc nhận điều trị y tế "không ngoại lệ".

- Điều trị y tế "không ngoại lệ" là bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào *tự nguyện* và *không bắt buộc* theo bất kỳ luật pháp liên bang, tiểu bang hoặc địa phương nào.
- Điều trị y tế "ngoại lệ" là bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào *không* tự nguyện và *bắt buộc* theo luật pháp liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.

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

- Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc phải được Medicare chứng nhận.
- Khoản bao trả của chương trình chúng tôi cho các dịch vụ được giới hạn ở các khía cạnh *phi tôn giáo* của dịch vụ chăm sóc.

- Nếu quý vị nhận dịch vụ được tổ chức này cung cấp tại một cơ sở, thì các điều kiện sau đây sẽ được áp dụng:
    - Quý vị phải mắc bệnh trạng cho phép quý vị nhận các dịch vụ được bao trả cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện cho bệnh nhân nội trú hoặc chăm sóc tại dưỡng đường chuyên môn.
    - Quý vị phải được chúng tôi phê duyệt trước khi được nhận vào cơ sở đó nếu không quý vị sẽ không được bao trả khi ở đó.

Có khoản bao trả không giới hạn cho phúc lợi này miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu nêu trên.

L. Thiết bị y tế lâu bền (viết tắt trong tiếng Anh là DME)

L1. Sở hữu DME với tư cách là thành viên trong chương trình của chúng tôi:

DME nghĩa là một số vật dụng được nhà cung cấp chỉ định để sử dụng tại nhà riêng của quý vị. Ví dụ về những vật dụng này là xe lăn, nạng, hệ thống đệm điện, nguồn tiếp liệu cho tiểu đường, giường bệnh theo đơn đặt hàng của nhà cung cấp để sử dụng tại nhà, bơm để tiêm truyền qua đường tĩnh mạch (viết tắt trong tiếng Anh là IV), thiết bị phát giọng nói, thiết bị và các nguồn tiếp liệu ôxy, ống phun khí dung và khung tập đi.

Quý vị sẽ luôn luôn sở hữu một số vật dụng, chẳng hạn như bộ phận giả.

Trong mục này, chúng ta sẽ thảo luận về DME mà quý vị phải thuê. Là thành viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị có thể sở hữu DME với điều kiện là vật dụng đó cần thiết về mặt y tế và quý vị có nhu cầu dài hạn đối với vật dụng đó. Ngoài ra, vật dụng đó phải được cho phép, sắp xếp và điều phối bởi PCP của quý vị, Nhóm Y Tế và/hoặc Health Net. Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của Health Net Cal MediConnect theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), để tìm hiểu về các yêu cầu thuê hoặc sở hữu thiết bị y tế lâu bền và hồ sơ tài liệu quý vị cần phải cung cấp. Từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

Trong một số tình huống nhất định, chúng tôi sẽ chuyển giao quyền sở hữu vật dụng DME cho quý vị. Gọi bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu về các yêu cầu mà quý vị phải đáp ứng và các tài liệu quý vị cần cung cấp.

Nếu quý vị có được quyền sở hữu loại thiết bị y tế lâu bền đó trong khi là thành viên chương trình của chúng tôi, và thiết bị yêu cầu bảo dưỡng, thì nhà cung cấp được phép tính hóa đơn chi phí sửa chữa.

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

Trong chương trình Original Medicare, người thuê một số loại DME sẽ sở hữu DME đó sau 13 tháng. Trong chương trình Medicare Advantage, chương trình có thể thiết lập số tháng mà mọi người phải thuê một số loại DME nhất định trước khi họ sở hữu nó.

Lưu ý: Quý vị có thể tìm thấy định nghĩa về các Chương Trình Original Medicare và Medicare Advantage trong Chương 12. Quý vị cũng có thể tìm thông tin về các chương trình này trong Sổ Tay *Medicare & Quý Vị 2019.* Nếu quý vị không có một bản sao của sổ tay này, quý vị có thể nhận được sổ tay tại trang web của Medicare (http://www.medicare.gov) hoặc bằng cách gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048.

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

- Quý vị đã không sở hữu loại vật dụng DME trong khi tham gia chương trình của chúng tôi ***và***
- Quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và nhận các phúc lợi Medicare của quý vị bên ngoài bất kỳ chương trình bảo hiểm y tế nào trong chương trình Original Medicare hoặc chương trình Medicare Advantage.

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

- Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán mới liên tiếp theo Original Medicare, hoặc quý vị sẽ phải thực hiện số khoản thanh toán mới liên tiếp do chương trình Medicare Advantage đặt ra để sở hữu vật dụng DME đó.
- Không có ngoại lệ đối với trường hợp này khi quý vị quay trở lại Original Medicare hoặc chương trình Medicare Advantage.

Chương 4: Bảng Phúc Lợi

Giới thiệu

Chương này cho quý vị biết về các dịch vụ Health Net Cal MediConnect bao trả và bất kỳ hạn chế hoặc giới hạn nào đối với các dịch vụ đó. Chương này cũng cho quý vị biết về các phúc lợi không được bao trả theo chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ Tay Thành Viên*.

Mục Lục

A. Các dịch vụ được bao trả của quý vị 65
B. Quy tắc chống lại việc nhà cung cấp tính phí các dịch vụ cho quý vị 65
C. Bảng Phúc Lợi của chương trình của chúng tôi 65
D. Bảng Phúc Lợi 67
E. Các phúc lợi được bao trả ngoài Health Net Cal MediConnect 105
E1. Chuyển Tiếp về Cộng Đồng California (viết tắt trong tiếng Anh là CCT) 105
E2. Chương trình Medi-Cal Dental Program 106
E3. Dịch Vụ Chăm Sóc Tại Bệnh Viện Cho Người Hấp Hối 106
F. Các phúc lợi không được chương trình Health Net Cal MediConnect, Medicare, hoặc Medi-Cal bao trả 107

A. Các dịch vụ được bao trả của quý vị

Chương này cho quý vị biết các dịch vụ nào được Health Net Cal mediConnect thanh toán. Quý vị cũng có thể tìm hiểu về các dịch vụ không được bao trả. Thông tin về phúc lợi thuốc có trong Chương 5. Chương này cũng giải thích về các giới hạn đối với một số dịch vụ.

Vì quý vị nhận hỗ trợ từ Medi-Cal, quý vị không phải thanh toán gì cho các dịch vụ được bao trả của quý vị với điều kiện là quý vị phải tuân thủ các quy tắc của chương trình. Hãy xem Chương 3 để biết thêm thông tin chi tiết về các quy tắc của chương trình.

Nếu quý vị cần giúp tìm hiểu về những dịch vụ nào được bao trả, hãy gọi cho điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị và/hoặc bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

B. Quy tắc chống lại việc nhà cung cấp tính phí các dịch vụ cho quý vị

Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi tính hóa đơn dịch vụ được bao trả cho quý vị. Chúng tôi thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp của chúng tôi và chúng tôi bảo vệ quý vị khỏi bị tính bất kì chi phí nào. Điều này đúng ngay cả khi chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp ít hơn số tiền mà nhà cung cấp tính phí cho một dịch vụ.

Quý vị sẽ không bao giờ nhận hóa đơn từ nhà cung cấp cho các dịch vụ được bao trả. Nếu quý vị nhận được, hãy xem Chương 7 hoặc gọi bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

C. Bảng Phúc Lợi của chương trình của chúng tôi

Bảng Phúc Lợi này cho quý vị biết về những dịch vụ nào được chương trình thanh toán. Bảng này liệt kê các loại dịch vụ theo thứ tự bảng chữ cái và giải thích về các dịch vụ được bao trả.

Chúng tôi sẽ chỉ thanh toán cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi khi đáp ứng các quy tắc sau đây. Quý vị không phải thanh toán bất kỳ chi phí nào cho những dịch vụ được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi, với điều kiện là quý vị phải đáp ứng các yêu cầu bao trả được mô tả dưới đây.

- Các dịch vụ được Medicare và Medi-Cal bao trả phải được cung cấp theo các quy tắc do Medicare và Medi-Cal đặt ra.

- Các dịch vụ (bao gồm các dịch vụ chăm sóc y tế, sức khỏe hành vi và sử dụng dược chất, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, nguồn tiếp liệu, thiết bị và thuốc) phải cần thiết về mặt y tế. Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là quý vị cần những dịch vụ này để phòng bệnh, chẩn đoán hoặc điều trị bệnh trạng của quý vị. Hoặc để duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Dịch vụ này bao gồm cả chăm sóc giúp quý vị tránh phải đến bệnh viện hoặc dưỡng đường. Đó cũng có nghĩa là các dịch vụ, nguồn tiếp liệu hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành được chấp nhận trong ngành y tế. Một dịch vụ là cần thiết về mặt y tế khi dịch vụ đó là hợp lý và cần thiết để bảo vệ tính mạng, ngăn ngừa bệnh nghiêm trọng hay khuyết tật nghiêm trọng, hay làm giảm bớt cơn đau nặng.
- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Chương 3 cung cấp thêm thông tin về việc sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới và các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (viết tắt trong tiếng Anh là PCP) hoặc một nhóm chăm sóc cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị. Trong hầu hết các trường hợp, PCP trong mạng lưới của quý vị phải phê duyệt trước khi quý vị có thể thăm khám với ai đó mà không phải là PCP của quý vị hoặc sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình. Điều này được gọi là giới thiệu. Chương 3 cung cấp thêm thông tin về việc nhận giấy giới thiệu và giải thích khi nào quý vị không cần giấy giới thiệu.
- Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp liên kết với nhóm y tế của PCP của quý vị. Hãy xem Chương 3 để biết thêm thông tin.
- Một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi chỉ được bao trả nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới nhận được phê duyệt từ chúng tôi trước. Điều này được gọi là *sự cho phép trước*. Các dịch vụ được bao trả cần sự cho phép trước được đánh dấu bằng cách in nghiêng trong Bảng Phúc Lợi.

Tất cả các dịch vụ phòng ngừa đều miễn phí. Quý vị sẽ nhìn thấy quả táo này 🍎 cạnh các dịch vụ phòng bệnh trong Bảng Phúc Lợi.

D. Bảng Phúc Lợi

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán
Khám sàng lọc chứng phình động mạnh chủ bụng Chúng tôi sẽ thanh toán siêu âm sàng lọc một lần cho người có nguy cơ mắc bệnh. Chương trình này chỉ bao trả dịch vụ khám sàng lọc này nếu quý vị có một số yếu tố nguy cơ và nếu quý vị nhận giấy giới thiệu dịch vụ đó từ bác sĩ, trợ lý bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng, hoặc chuyên gia điều dưỡng lâm sàng của mình. *Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.*
Châm cứu Chúng tôi sẽ thanh toán cho tối đa hai dịch vụ châm cứu cho bệnh nhân ngoại trú trong một tháng theo lịch bất kỳ, hoặc thường xuyên hơn nếu các dịch vụ này cần thiết về mặt y tế.
Khám sàng lọc và tư vấn về lạm dụng rượu Chúng tôi sẽ thanh toán cho một lần khám sàng lọc cho tình trạng lạm dụng rượu (viết tắt trong tiếng Anh là SBIRT) cho người lớn lạm dụng rượu nhưng không phải người nghiện rượu. Điều này bao gồm cả phụ nữ mang thai. Nếu kết quả khám sàng lọc của quý vị dương tính với lạm dụng rượu, thì quý vị có thể nhận được tối đa bốn buổi tư vấn ngắn trực tiếp mỗi năm (nếu quý vị có khả năng và tỉnh táo trong suốt thời gian tư vấn) với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc chuyên viên đủ tiêu chuẩn tại cơ sở chăm sóc chính.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Dịch vụ cứu thương

Các dịch vụ cứu thương được bao trả bao gồm dịch vụ cứu thương đường bộ, dịch vụ cứu thương bằng máy bay cánh cố định, máy bay cánh quạt. Xe cứu thương sẽ đưa quý vị tới địa điểm gần nhất có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Tình trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng đến mức các cách thức vận chuyển khác để đến địa điểm chăm sóc có thể gây rủi ro cho sức khỏe hoặc tính mạng của quý vị. Các dịch vụ cứu thương trong những trường hợp khác phải được chúng tôi phê duyệt.

Trong những trường hợp *không phải là* trường hợp cấp cứu, chúng tôi *có thể* thanh toán cho xe cứu thương. Bệnh trạng của quý vị phải đủ nghiêm trọng đến mức các cách thức vận chuyển khác để đến địa điểm chăm sóc có thể gây rủi ro cho tính mạng hoặc sức khỏe của quý vị.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Thăm khám hàng năm về tình trạng khỏe mạnh

Quý vị có thể được khám hàng năm. Dịch vụ này nhằm thiết lập hoặc cập nhật chương trình phòng ngừa dựa trên các yếu tố nguy cơ hiện tại của quý vị. Chúng tôi sẽ chi trả cho dịch vụ này 12 tháng một lần.

Đánh giá khối lượng xương

Chúng tôi sẽ chi trả cho một số thủ thuật nhất định cho các thành viên đủ tiêu chuẩn (thông thường là những người có nguy cơ bị mất khối lượng xương hoặc có nguy cơ mắc chứng loãng xương). Những thủ thuật này xác định khối lượng xương, phát hiện tình trạng mất xương, hoặc xác định chất lượng xương. Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ này 24 tháng một lần, hoặc thường xuyên hơn nếu các dịch vụ này cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho bác sĩ xem xét và nhận xét kết quả.

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Khám sàng lọc ung thư vú (chụp quang tuyến vú)

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau:

- Một lần chụp quang tuyến vú cơ bản ở độ tuổi từ 35 đến 39
- Một lần chụp quang tuyến vú sàng lọc trong 12 tháng đối với phụ nữ từ 40 tuổi trở lên
- Khám vú lâm sàng 24 tháng một lần

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Dịch vụ phục hồi chức năng tim

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim chẳng hạn như tập thể dục, giáo dục và tư vấn. Thành viên phải đáp ứng một số điều kiện để nhận được giấy giới thiệu của bác sĩ. Chúng tôi cũng bao trả cho các chương trình phục hồi chức năng tim *tích cực* mà tích cực hơn các chương trình phục hồi chức năng tim thông thường.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Thăm khám làm giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch (tim) (liệu pháp cho bệnh tim)

Chúng tôi thanh toán cho một lần thăm khám mỗi năm với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị để giúp giảm nguy cơ mắc bệnh tim của quý vị. Trong lần thăm khám này, bác sĩ của quý vị có thể:

- Thảo luận về việc sử dụng aspirin,
- Kiểm tra huyết áp của quý vị, và/hoặc
- Cho quý vị lời khuyên để đảm bảo rằng quý vị ăn uống tốt.

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Xét nghiệm phát hiện bệnh tim mạch (tim)

Chúng tôi thanh toán cho các xét nghiệm máu để kiểm tra xem có mắc bệnh tim mạch hay không năm năm (60 tháng) một lần. Các xét nghiệm máu này cũng kiểm tra xem có các khuyết tật do nguy cơ mắc bệnh tim cao hay không.

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Khám sàng lọc ung thư cổ tử cung và âm đạo

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau:

- Với tất cả phụ nữ: Các xét nghiệm Pap và khám xương chậu 24 tháng một lần
- Với những phụ nữ có nguy cơ mắc ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo cao: một xét nghiệm Pap 12 tháng một lần
- Đối với phụ nữ có kết quả xét nghiệm Pap không bình thường trong vòng 3 năm trở lại đây và trong độ tuổi sinh đẻ: cần làm xét nghiệm Pap 12 tháng một lần.

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu

Dịch vụ nắn khớp

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau:

- Điều chỉnh nắn thẳng cột sống

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Khám sàng lọc ung thư đại-trực tràng

Với người từ 50 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ thanh toán cho những dịch vụ sau đây:

- Nội soi đại tràng sigma linh hoạt (hoặc thụt rửa bằng dung dịch muối bari để khám sàng lọc) 48 tháng một lần
- Xét nghiệm máu ẩn trong phân, 12 tháng một lần
- Xét nghiệm máu ẩn trong phân dựa trên guaiac hoặc xét nghiệm hóa miễn dịch phân, 12 tháng một lần
- Sàng lọc đại-trực tràng dựa trên ADN, 3 năm một lần
- Soi đại-trực tràng mười năm một lần (nhưng không trong vòng 48 tháng kể từ thời điểm nội soi đại tràng sigma sàng lọc)
- Soi đại-trực tràng (hoặc thụt rửa bằng dung dịch muối bari để khám sàng lọc) cho những người có nguy cơ mắc ung thư đại-trực tràng cao, 24 tháng một lần

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các Dịch Vụ cho Người Lớn tại Cộng Đồng (viết tắt trong tiếng Anh là CBAS)

CBAS là chương trình dịch vụ ngoại trú, tại cơ sở, nơi mọi người tham gia theo một lịch biểu. Chương trình này cung cấp các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, các dịch vụ xã hội, các liệu pháp (bao gồm liệu pháp vật lý, liệu pháp chức năng và liệu pháp ngôn ngữ), dịch vụ chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ cho các gia đình/người chăm sóc, các dịch vụ về dinh dưỡng, vận chuyển, và các dịch vụ khác. Chúng tôi sẽ thanh toán cho CBAS nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí về tính đủ điều kiện.

Lưu ý: Nếu không có sẵn cơ sở CBAS, thì chúng tôi có thể cung cấp riêng các dịch vụ này.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Tư vấn ngừng hút thuốc hoặc ngừng sử dụng thuốc lá

Nếu quý vị sử dụng thuốc lá, nhưng không có dấu hiệu hay triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá, và muốn hoặc cần bỏ thuốc lá:

- Chúng tôi sẽ thanh toán hai đợt cai thuốc lá trong khoảng thời gian 12 tháng như là một dịch vụ phòng ngừa. Dịch vụ này là miễn phí cho quý vị. Mỗi đợt cai thuốc lá bao gồm tối đa bốn lần thăm khám tư vấn trực tiếp.

Nếu quý vị hút thuốc và đã được chẩn đoán mắc bệnh liên quan đến thuốc lá hoặc đang dùng thuốc có thể chịu ảnh hưởng của thuốc lá.

- Chúng tôi sẽ thanh toán hai đợt tư vấn cai thuốc lá trong khoảng thời gian 12 tháng. Mỗi đợt tư vấn bao gồm tối đa bốn lần thăm khám trực tiếp.

Nếu quý vị đang mang thai, thì quý vị có thể nhận dịch vụ tư vấn cai thuốc lá không hạn chế nhưng cần có sự cho phép trước.

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Chương trình của chúng tôi cũng sẽ bao trả dịch vụ tư vấn cai thuốc lá bổ sung trực tuyến và qua điện thoại mà không cần sự cho phép trước. Vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm thông tin.

Dịch vụ nha khoa

Một số dịch vụ nha khoa, bao gồm làm sạch, trám, và răng giả được cung cấp thông qua chương trình Medi-Cal Dental Program. Để biết thêm thông tin về phúc lợi này, vui lòng xem Mục E.

Khám sàng lọc chứng trầm cảm

Chúng tôi sẽ thanh toán cho khám sàng lọc chứng trầm cảm mỗi năm một lần. Lần khám sàng lọc này phải được thực hiện trong cơ sở chăm sóc chính có thể cung cấp phương pháp điều trị theo dõi và giấy giới thiệu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Khám sàng lọc bệnh tiểu đường

Chúng tôi sẽ thanh toán cho lần khám sàng lọc này (bao gồm xét nghiệm glucose trong máu lúc đói) nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây:

- Cao huyết áp (chứng tăng huyết áp)
- Tiền sử mức cholesterol và triglyceride bất thường (chứng rối loạn lipid máu)
- Béo phì
- Tiền sử mức đường huyết (glucose) cao

Các lần xét nghiệm có thể được bao trả trong một số trường hợp khác, chẳng hạn như quý vị bị thừa cân và có tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường.

Tùy thuộc vào kết quả xét nghiệm, quý vị có thể đủ tiêu chuẩn nhận tối đa hai lần khám sàng lọc bệnh tiểu đường trong 12 tháng.

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Đào tạo về tự kiểm soát bệnh tiểu đường, dịch vụ, và nguồn tiếp liệu bệnh tiểu đường

Chúng tôi sẽ thanh toán những dịch vụ sau đây cho tất cả những người mắc bệnh tiểu đường (dù họ có sử dụng insulin hay không):

- Nguồn tiếp liệu để theo dõi lượng glucose trong máu của quý vị, bao gồm những thứ sau đây:
    - Thiết bị theo dõi lượng glucose trong máu
    - Băng kiểm tra lượng glucose trong máu
    - Thiết bị trích và lưỡi trích
    - Giải pháp kiểm soát lượng glucose để kiểm tra độ chính xác của que thử và thiết bị theo dõi
    - Nguồn tiếp liệu để theo dõi lượng glucose trong máu của quý vị có thể được giới hạn ở các nguồn tiếp liệu từ các nhà sản xuất được lựa chọn. PCP của quý vị sẽ giúp quý vị sắp xếp hoặc điều phối các dịch vụ được bao trả.
- Với những người mắc bệnh tiểu đường và bệnh về bàn chân nghiêm trọng do tiểu đường, chúng tôi sẽ thanh toán những thứ sau đây:
    - Một đôi giày trị liệu với khuôn đặt riêng (bao gồm vật chèn giày) bao gồm cả lắp chỉnh, và hai cặp chèn giày bổ sung cho mỗi năm theo lịch, ***hoặc***
    - Một đôi giày đế sâu, bao gồm cả lắp chỉnh và ba cặp chèn giày mỗi năm (không bao gồm vật chèn giày có thể tháo bỏ không tùy chỉnh đi kèm với đôi giày đó)
- Trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ đào tạo giúp quý vị kiểm soát bệnh tiểu đường của mình. Vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu thêm.

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (viết tắt trong tiếng Anh là DME) và nguồn tiếp liệu liên quan

(Để biết định nghĩa "Thiết Bị Y Tế Lâu Bền, (viết tắt trong tiếng Anh là DME)", hãy xem Chương 12 của sổ tay này.)

Các vật dụng sau đây được bao trả:

- Xe lăn
- Nạng
- Hệ thống đệm điện
- Nguồn tiếp liệu cho bệnh tiểu đường
- Giường bệnh được nhà cung cấp yêu cầu để sử dụng tại nhà
- Bơm để tiêm truyền qua đường tĩnh mạch (viết tắt trong tiếng Anh là IV)
- Thiết bị phát giọng nói
- Thiết bị và nguồn tiếp liệu oxy
- Ống phun khí dung
- Khung tập đi

Những vật dụng khác *có thể* được bao trả.

Chúng tôi sẽ thanh toán cho tất cả DME cần thiết về mặt y tế mà Medicare và Medi-Cal thường thanh toán. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi trong khu vực của quý vị không có một thương hiệu hoặc nhà sản xuất cụ thể, thì quý vị có thể hỏi họ xem liệu họ có thể thực hiện một đơn đặt hàng đặc biệt về thiết bị đó cho quý vị hay không.

Vui lòng liên lạc với bộ phận dịch vụ thành viên để hỗ trợ quý vị tìm một nhà cung cấp khác có thể cung cấp vật dụng cụ thể.

Thiết Bị Y Tế Lâu Bền không được Medicare bao trả để sử dụng ngoài nhà riêng cũng được bao trả. Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Dịch vụ chăm sóc cấp cứu

Dịch vụ chăm sóc cấp cứu có nghĩa là các dịch vụ:

- Được cung cấp bởi một nhà cung cấp đã được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu, **và**
- Cần thiết để điều trị cho trường hợp cấp cứu y tế.

Trường hợp cấp cứu y tế là bệnh trạng đau nặng hoặc tổn thương nghiêm trọng. Tình trạng này nghiêm trọng đến mức nếu không được chăm sóc y tế ngay lập tức, thì bất kỳ ai có hiểu biết trung bình về sức khỏe và y khoa cũng có thể biết tình trạng này sẽ gây ra những vấn đề sau:

- Rủi ro nghiêm trọng tới sức khỏe của quý vị hoặc thai nhi của quý vị; ***hoặc***
- Tổn hại nghiêm trọng đến các chức năng cơ thể; **hoặc**
- Rối loạn chức năng nghiêm trọng của bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào trên cơ thể; **hoặc**
- Trong trường hợp phụ nữ mang thai, đang chuyển dạ tích cực, khi:
    - Không đủ thời gian để chuyển quý vị đến bệnh viện khác an toàn trước khi sinh.
    - Việc chuyển đến bệnh viện khác có thể gây ra mối đe dọa tới sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị hoặc thai nhi của quý vị.

Nếu quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cấp cứu tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần nhận được dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị ổn định, quý vị phải quay trở lại bệnh viện trong mạng lưới để dịch vụ chăm sóc của quý vị tiếp tục được thanh toán. Quý vị có thể ở tại bệnh viện ngoài mạng lưới đó để nhận dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân nội trú của quý vị chỉ khi được chương trình phê duyệt cho quý vị tiếp tục ở đó.

Khoản bao trả được giới hạn trong phạm vi Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ: 50 tiểu bang, Quận Columbia, Puerto Rico, Quần Đảo Virgin, Guam, Quần Đảo Bắc Mariana và American Samoa. Có một số ngoại lệ trong chương trình Medicare. Vui lòng xem Chương 3, Mục H để biết thêm thông tin.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình

Pháp luật cho phép quý vị chọn bất kỳ nhà cung cấp nào cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Có nghĩa là bất kỳ bác sĩ, phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hoặc văn phòng kế hoạch hóa gia đình nào.

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau:

- Khám và điều trị y tế về kế hoạch hóa gia đình
- Xét nghiệm chẩn đoán và xét nghiệm trong phòng thí nghiệm về kế hoạch hóa gia đình
- Các biện pháp kế hoạch hóa gia đình (vòng tránh thai trong tử cung (viết tắt trong tiếng Anh là IUD), cấy ghép, thuốc tiêm, viên thuốc tránh thai, miếng dán tránh thai, đặt vòng tránh thai)
- Nguồn tiếp liệu cho kế hoạch hóa gia đình theo toa thuốc bác sĩ (bao cao su, miếng xốp tránh thai, bọt tránh thai, màng tránh thai, màng chắn tránh thai, mũ chụp cổ tử cung)
- Tư vấn và chẩn đoán vô sinh và các dịch vụ liên quan
- Tư vấn, xét nghiệm, và điều trị các Bệnh Lây Truyền Qua Đường Tình Dục (viết tắt trong tiếng Anh là STI)
- Tư vấn và xét nghiệm HIV và AIDS, và các bệnh khác có liên quan đến HIV
- Tránh Thai Vĩnh Viễn (Quý vị phải từ 21 tuổi trở lên thì mới được chọn biện pháp kế hoạch hóa gia đình này. Quý vị phải ký vào mẫu chấp thuận triệt sản của liên bang ít nhất 30 ngày, nhưng không quá 180 ngày trước ngày tiến hành phẫu thuật.)
- Tư vấn về di truyền

Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho một số dịch vụ kế hoạch hóa gia đình khác. Tuy nhiên, quý vị phải thăm khám một nhà cung cấp trong mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi để nhận những dịch vụ sau đây:

- Điều trị những bệnh trạng vô sinh (Dịch vụ này không bao gồm các phương pháp thụ tinh nhân tạo.)
- Điều trị AIDS và các bệnh khác có liên quan đến HIV
- Xét nghiệm di truyền

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Các chương trình giáo dục về sức khỏe và tình trạng khỏe mạnh

Chúng tôi cung cấp nhiều chương trình tập trung vào những tình trạng sức khỏe nhất định. Các chương trình này gồm có:

- Các lớp Giáo Dục Sức Khỏe;
- Các lớp Giáo Dục Dinh Dưỡng;
- Cai Thuốc Lá và Bỏ Hút Thuốc; và
- Đường Dây Nóng Điều Dưỡng

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Dịch vụ thính giác

Chúng tôi thanh toán cho các xét nghiệm thính lực và thăng bằng do nhà cung cấp của quý vị thực hiện. Những xét nghiệm này cho quý vị biết liệu quý vị có cần điều trị y tế không. Các dịch vụ được bao trả như dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân ngoại trú khi quý vị nhận được từ một bác sĩ, nhà thính học hoặc nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn khác.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho các thiết bị trợ thính, bao gồm:

- Khuôn, nguồn tiếp liệu, và đệm lót
- Sửa chữa tốn trên $25 cho mỗi lần sửa chữa
- Bộ pin ban đầu
- Sáu lần thăm khám để được đào tạo, điều chỉnh, và lắp chỉnh với cùng một nhà cung cấp sau khi quý vị đã nhận được thiết bị trợ thính
- Thuê thiết bị trợ thính trong giai đoạn dùng thử

Chi phí của các dịch vụ phúc lợi dành cho thiết bị trợ thính, bao gồm cả thuế tiêu thụ được giới hạn ở $1.510 mỗi năm tài chính (năm tài chính từ tháng 7 đến tháng 6 của năm tiếp theo). Nếu quý vị mang thai hoặc sống trong một dưỡng đường, thì sẽ không áp dụng số tiền phúc lợi tối đa là $1.510 cho quý vị. Việc thay thế thiết bị trợ thính mà bị mất, mất cắp hoặc bị hỏng trong trường hợp ngoài tầm kiểm soát của quý vị không được bao gồm trong số tiền phúc lợi tối đa là $1.510.

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Khám sàng lọc HIV

Chúng tôi thanh toán cho một lần khám sàng lọc HIV mỗi 12 tháng cho những người:

- Yêu cầu xét nghiệm sàng lọc HIV, ***hoặc***
- Tăng nguy cơ nhiễm HIV.

Đối với phụ nữ mang thai, chúng tôi thanh toán tối đa ba xét nghiệm sàng lọc HIV trong suốt thai kỳ.

Dịch vụ chăm sóc của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia

Trước khi quý vị có thể nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, bác sĩ phải cho chúng tôi biết quý vị cần những dịch vụ đó, và các dịch vụ đó phải được một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia cung cấp.

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau, và có thể có các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:

- Các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại gia bán thời gian hoặc không liên tục (Để được bao trả theo phúc lợi chăm sóc sức khỏe tại gia, tổng thời gian kết hợp cho các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại gia của quý vị phải ít hơn 8 giờ mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần).
- Liệu pháp vật lý, liệu pháp chức năng, và liệu pháp ngôn ngữ
- Các dịch vụ y tế và xã hội
- Thiết bị và nguồn tiếp liệu y tế

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện cho người hấp hối

Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ chương trình bệnh viện cho người hấp hối nào được Medicare chứng nhận. Quý vị có quyền lựa chọn chương trình bệnh viện cho người hấp hối nếu nhà cung cấp của quý vị và giám đốc y tế của chương trình bệnh viện cho người hấp hối xác định quý vị có tiên lượng bệnh giai đoạn cuối. Điều này có nghĩa là quý vị mắc bệnh giai đoạn cuối và dự kiến chỉ sống được từ sáu tháng trở xuống. Bác sĩ của chương trình bệnh viện cho người hấp hối của quý vị có thể là nhà cung cấp trong hoặc ngoài mạng lưới.

Chương trình sẽ thanh toán cho các khoản sau đây khi quý vị nhận các dịch vụ bệnh viện cho người hấp hối:

- Thuốc điều trị các triệu chứng và cơn đau
- Dịch vụ chăm sóc tạm thời ngắn hạn
- Dịch vụ chăm sóc tại gia

Những dịch vụ bệnh viện cho người hấp hối và những dịch vụ do Medicare Part A hoặc B bao trả được tính hóa đơn cho Medicare.

- Xem Mục E của chương này để biết thêm thông tin.

Đối với các dịch vụ được Health Net Cal MediConnect bao trả nhưng không được Medicare Part A hoặc B bao trả:

- Health Net Cal MediConnect sẽ bao trả những dịch vụ được chương trình bao trả mà không được bao trả theo Medicare Part A hoặc B. Chương trình sẽ bao trả những dịch vụ này cho dù có liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị không phải thanh toán cho các dịch vụ này.

Đối với các loại thuốc có thể được phúc lợi Medicare Part D của Health Net Cal MediConnect bao trả:

- Thuốc sẽ không bao giờ được bao trả cùng lúc bởi cả chương trình bệnh viện cho người hấp hối và chương trình của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5.

Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không tại bệnh viện cho người hấp hối, quý vị nên gọi cho điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị để sắp xếp các dịch vụ này. Dịch vụ chăm sóc không tại bệnh viện dành cho người hấp hối là dịch vụ chăm sóc không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị.

Chương trình của chúng tôi bao trả cho các dịch vụ tư vấn bệnh viện cho người hấp hối (chỉ một lần) cho người mắc bệnh giai đoạn cuối đã không chọn phúc lợi cho người hấp hối.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Chủng ngừa

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau:

- Vắc-xin phòng ngừa viêm phổi
- Tiêm phòng cúm, mỗi năm một lần, vào mùa thu hoặc mùa đông
- Vắc-xin viêm gan B nếu quý vị có nguy cơ mắc bệnh viêm gan B cao hoặc trung bình
- Các vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ và các vắc-xin đó đáp ứng quy tắc bao trả của Medicare Part B

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các vắc-xin khác đáp ứng các quy tắc bao trả của Medicare Part D. Hãy đọc Chương 6 để tìm hiểu thêm.

Không cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) đối với vắc-xin phòng ngừa Viêm Phổi hoặc tiêm phòng cúm.

Quý vị nên trao đổi với nhà cung cấp của quý vị và nhận giấy giới thiệu cho vắc-xin phòng ngừa Viêm Gan B hoặc các vắc-xin khác.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu, đối với vắc-xin phòng ngừa Viêm Gan B hoặc các vắc-xin khác.

Chăm sóc tại bệnh viện cho bệnh nhân nội trú

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau, và có thể có các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:

- Phòng hai giường (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế)
- Ăn uống, bao gồm cả chế độ ăn đặc biệt
- Dịch vụ điều dưỡng định kỳ
- Chi phí cho các khu chăm sóc đặc biệt, chẳng hạn như khu chăm sóc chuyên sâu hoặc chăm sóc mạch vành
- Thuốc và dược phẩm
- Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm
- Dịch vụ X-quang và quang tuyến X khác
- Các nguồn tiếp liệu y tế và phẫu thuật cần thiết

Phúc lợi này được tiếp tục trình bày ở trang tiếp theo

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Chăm Sóc Tại Bệnh Viện Cho Bệnh Nhân Nội Trú (tiếp)

- Các thiết bị chẳng hạn như xe lăn
- Dịch vụ phòng phẫu thuật và phục hồi
- Liệu pháp vật lý, chức năng, và ngôn ngữ
- Các dịch vụ điều trị lạm dụng dược chất cho bệnh nhân nội trú
- Trong một số trường hợp, những loại cấy ghép sau đây: giác mạc, thận, thận/tuyến tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc, và đường ruột/đa tạng.

Nếu quý vị cần cấy ghép, trung tâm cấy ghép được Medicare phê duyệt sẽ đánh giá trường hợp của quý vị và quyết định xem quý vị có phải là ứng viên phù hợp cho việc cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể là tại địa phương hoặc nằm ngoài khu vực dịch vụ. Nếu các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép tại địa phương sẵn sàng chấp thuận mức giá của Medicare, thì quý vị có thể chọn nhận các dịch vụ cấy ghép tại địa phương hoặc bên ngoài mô hình chăm sóc cho cộng đồng của quý vị. Nếu Health Net Cal MediConnect cung cấp dịch vụ cấy ghép bên ngoài mô hình chăm sóc cho cộng đồng quý vị và quý vị chọn nhận cấy ghép tại địa điểm bên ngoài này, thì chúng tôi sẽ sắp xếp hoặc thanh toán các chi phí ăn ở và đi lại cho quý vị và một người khác đi cùng.

- Máu, gồm cả việc bảo quản và quản lý máu.
- Dịch vụ bác sĩ

Quý vị phải được chương trình phê duyệt để tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi trường hợp cấp cứu của quý vị đã được kiểm soát.

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.
Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân nội trú

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần mà yêu cầu phải nằm viện.

- Nếu quý vị cần các dịch vụ dành cho bệnh nhân nội trú trong một bệnh viện tâm thần hoạt động độc lập, chúng tôi sẽ thanh toán cho 190 ngày đầu tiên. Sau đó, cơ quan sức khỏe tâm thần của hạt tại địa phương sẽ thanh toán cho các dịch vụ tâm thần cho bệnh nhân nội trú mà cần thiết về mặt y tế. Sự cho phép cho dịch vụ chăm sóc sau 190 ngày đó sẽ được điều phối với cơ quan sức khỏe tâm thần của hạt tại địa phương.
    - Mức giới hạn 190 ngày này không áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần dành cho bệnh nhân nội trú được cung cấp tại khu tâm thần của bệnh viện đa khoa.
- Nếu quý vị từ 65 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ thanh toán các dịch vụ mà quý vị nhận được tại Viện Điều Trị Các Bệnh Tâm Thần (viết tắt trong tiếng Anh là IMD). Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được bao trả tại bệnh viện hoặc dưỡng đường chuyên môn (viết tắt trong tiếng Anh là SNF) trong thời gian nằm viện nội trú không được bao trả

Nếu thời gian nằm viện nội trú của quý vị không hợp lý và cần thiết, chúng tôi sẽ không thanh toán.

Tuy nhiên, trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ thanh toán cho những dịch vụ mà quý vị nhận được khi ở bệnh viện hoặc dưỡng đường. Vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu thêm.

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau, và có thể có các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:

- Dịch vụ bác sĩ
- Các xét nghiệm chẩn đoán, giống như các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm
- Liệu pháp X-quang, liệu pháp radium và liệu pháp đồng vị, gồm cả các vật liệu và dịch vụ của kỹ thuật viên
- Băng gạc phẫu thuật
- Nẹp xương, bó bột, và các dụng cụ khác được sử dụng trong trường hợp bị gãy xương và trật khớp
- Các bộ phận giả và thiết bị chỉnh hình, không liên quan đến nha khoa, bao gồm việc thay thế hoặc sửa chữa những thiết bị đó. Đây là những thiết bị mà:
    - Thay thế tất cả hoặc một phần cơ quan nội tạng (bao gồm mô tiếp giáp), hoặc
    - Thay thế tất cả hoặc một phần chức năng của cơ quan nội tạng không hoạt động hoặc mất chức năng.
- Nẹp cẳng chân, cánh tay, lưng và cổ, khung nẹp, và chân, tay, mắt giả. Bao gồm những điều chỉnh, sửa chữa, và thay thế cần thiết do bị gãy vỡ, hao mòn, mất, hoặc thay đổi bệnh trạng của bệnh nhân
- Liệu pháp vật lý, liệu pháp ngôn ngữ và liệu pháp chức năng

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Các dịch vụ và nguồn tiếp liệu cho bệnh thận

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau:

- Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để hướng dẫn cách chăm sóc bệnh thận và giúp các thành viên đưa ra quyết định sáng suốt về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của họ. Quý vị phải mắc bệnh thận mãn tính giai đoạn IV, và bác sĩ của quý vị phải giới thiệu quý vị. Chúng tôi sẽ bao trả tối đa sáu buổi cho dịch vụ giáo dục về bệnh thận.
- Điều trị thẩm tách cho bệnh nhân ngoại trú, bao gồm cả điều trị thẩm tách khi tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ, như được giải thích ở Chương 3
- Điều trị thẩm tách cho bệnh nhân nội trú nếu quý vị được nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú để nhận dịch vụ chăm sóc đặc biệt
- Đào tạo về tự thẩm tách, bao gồm cả đào tạo cho quý vị và bất kỳ ai giúp quý vị trong việc điều trị thẩm tách tại gia
- Thiết bị và nguồn tiếp liệu thẩm tách tại gia
- Một số dịch vụ hỗ trợ tại gia, chẳng hạn như thăm khám cần thiết của nhân viên thẩm tách được đào tạo để kiểm tra việc thẩm tách tại gia của quý vị, để giúp đỡ trong các trường hợp cấp cứu và kiểm tra thiết bị thẩm tách và nguồn tiếp liệu nước của quý vị.

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu hoặc trong trường hợp quý vị cần thẩm tách bên ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của quý vị.

Phúc lợi thuốc Medicare Part B của quý vị thanh toán một số loại thuốc dành cho thẩm tách. Để biết thông tin, vui lòng xem “Thuốc theo toa bác sĩ Medicare Part B” trong bảng này.

Khám sàng lọc ung thư phổi

Chương trình sẽ thanh toán cho khám sàng lọc ung thư phổi 12 tháng một lần nếu quý vị:

- Có độ tuổi từ 55-80, ***và***
- Có lần thăm khám tư vấn và đưa ra quyết định chung với bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn khác***, và***
- Đã hút ít nhất 1 gói mỗi ngày trong 30 năm mà không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của ung thư phổi hoặc hiện đang hút hoặc đã bỏ hút thuốc trong 15 năm gần đây.

Sau lần khám sàng lọc đầu tiên, chương trình sẽ thanh toán cho lần khám sàng lọc khác mỗi năm nếu có chỉ định bằng văn bản từ bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn khác.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Liệu pháp dinh dưỡng y tế

Phúc lợi này dành cho người mắc bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận không điều trị thẩm tách. Phúc lợi này cũng dành cho giai đoạn sau cấy ghép thận khi được bác sĩ của quý vị giới thiệu.

Chúng tôi sẽ thanh toán cho ba giờ dịch vụ tư vấn trực tiếp trong năm đầu tiên quý vị nhận các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế theo Medicare. (Khoản bao trả này bao gồm chương trình của chúng tôi, bất kỳ chương trình Medicare Advantage nào khác, hoặc Medicare.)

Chúng tôi sẽ thanh toán hai giờ dịch vụ tư vấn trực tiếp trong mỗi năm sau đó. Nếu bệnh trạng, việc điều trị, hoặc chẩn đoán của quý vị thay đổi, quý vị có thể nhận thêm giờ điều trị nếu có giấy giới thiệu của bác sĩ. Bác sĩ phải kê toa các dịch vụ này và gia hạn giấy giới thiệu *hàng* năm nếu quý vị cần điều trị trong năm theo lịch tiếp theo.

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Chương Trình Medicare Diabetes Prevention Program (viết tắt trong tiếng Anh là MDPP)

Chương trình sẽ thanh toán cho các dịch vụ MDPP. MDPP được thiết kế để giúp quý vị tăng các hành vi lành mạnh. MDPP cung cấp đào tạo thực tế:

- về việc thay đổi chế độ ăn uống dài hạn, **và**
- tăng hoạt động thể chất, **và**
- cách để duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Thuốc theo toa bác sĩ Medicare Part B

Các loại thuốc này được bao trả theo Part B của Medicare. Health Net Cal MediConnect sẽ thanh toán cho các loại thuốc sau đây:

- Các thuốc mà quý vị thường không tự dùng và được tiêm hoặc truyền trong khi quý vị nhận dịch vụ của bác sĩ, các dịch vụ tại bệnh viện cho bệnh nhân ngoại trú, hoặc dịch vụ của trung tâm phẫu thuật không lưu trú.
- Các loại thuốc quý vị dùng bằng cách sử dụng thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như ống phun khí dung) được chương trình cho phép
- Các yếu tố đông máu quý vị tự tiêm nếu mắc bệnh máu khó đông
- Thuốc ức chế miễn dịch, nếu quý vị đã đăng ký tham gia Medicare Part A tại thời điểm cấy ghép cơ quan nội tạng
- Các loại thuốc điều trị loãng xương được tiêm. Những loại thuốc này được thanh toán nếu quý vị không thể rời khỏi nhà, bị gãy xương mà bác sĩ chứng nhận là liên quan đến loãng xương sau mãn kinh, và không thể tự tiêm thuốc
- Kháng nguyên
- Một số loại thuốc uống chống ung thư và thuốc chống nôn
- Một số loại thuốc dùng để điều trị thẩm tách tại gia, gồm cả heparin, thuốc giải độc heparin (khi cần thiết về mặt y tế), thuốc gây mê cục bộ, và các chất kích thích tạo hồng cầu (chẳng hạn như Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, hoặc Darbepoetin Alfa)
- Globulin miễn dịch dùng theo đường Tĩnh Mạch dành cho việc điều trị tại gia các bệnh suy giảm miễn dịch chính

➔ **Chương 5 giải thích về phúc lợi thuốc theo toa bác sĩ dành cho bệnh nhân ngoại trú.** Chương này giải thích các quy tắc quý vị phải tuân theo để được bao trả thuốc theo toa bác sĩ.

➔ **Chương 6 giải thích khoản tiền quý vị phải thanh toán cho thuốc theo toa bác sĩ dành cho bệnh nhân ngoại trú của quý vị thông qua chương trình của chúng tôi.**

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Chương Trình Multipurpose Senior Services Program (viết tắt trong tiếng Anh là MSSP)

MSSP là một chương trình quản lý trường hợp cung cấp Các Dịch Vụ Tại Gia và Cộng Đồng (viết tắt trong tiếng Anh là HCBS) cho các cá nhân đủ điều kiện tham gia Medi-Cal.

Để đủ điều kiện tham gia, quý vị phải từ 65 tuổi trở lên, sống trong khu vực dịch vụ của một cơ sở, có thể được phục vụ trong các giới hạn về chi phí của MSSP, thích hợp với các dịch vụ quản lý chăm sóc, hiện tại đủ điều kiện tham gia Medi-Cal, và được chứng nhận hoặc có thể được chứng nhận cho việc lưu trú tại một dưỡng đường.

Các dịch vụ MSSP bao gồm:

- Trung Tâm Hỗ Trợ / Chăm Sóc Ban Ngày Dành Cho Người Lớn
- Hỗ Trợ Chỗ Ở
- Hỗ Trợ Việc Nhà và Chăm Sóc Cá Nhân
- Giám Sát Bảo Vệ
- Quản Lý Dịch Vụ Chăm Sóc
- Chăm Sóc Tạm Thời
- Vận Chuyển
- Các Dịch Vụ Ăn Uống
- Các Dịch Vụ Xã Hội
- Các Dịch Vụ Thông Tin Liên Lạc

Phúc lợi này được bao trả tối đa $4.285 mỗi năm.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Dịch vụ vận chuyển y tế không cấp cứu

Phúc lợi này cho phép vận chuyển tiết kiệm chi phí và dễ tiếp cận nhất. Dịch vụ này có thể bao gồm: các dịch vụ vận chuyển y tế bằng xe cứu thương, xe tải nhỏ hoặc xe tải chở xe lăn.

Những hình thức vận chuyển này được cho phép khi:

- Cần thiết để nhận các dịch vụ y tế được bao trả và theo toa thuốc đã kê của bác sĩ, nha sĩ hoặc bác sĩ trị bệnh về chân và tình trạng y tế và/hoặc thể chất của quý vị không cho phép quý vị đi lại bằng xe buýt, xe khách, taxi, hoặc hình thức vận chuyển công cộng hay tư nhân khác, và
- Vận chuyển được yêu cầu nhằm mục đích có được dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết.

Tùy thuộc vào dịch vụ, có thể cần phải được cho phép trước.

Để yêu cầu các dịch vụ vận chuyển đã mô tả ở trên, hãy liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của Health Net Cal MediConnect theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí. Yêu cầu về dịch vụ vận chuyển phải được gửi trước bảy ngày làm việc đối với cả hai dịch vụ vận chuyển y tế không cấp cứu và dịch vụ vận chuyển phi y tế.

Nếu quý vị cần sắp xếp những dịch vụ bằng thông báo ngắn hơn, thì các yêu cầu này sẽ được xem xét theo từng trường hợp và sẽ phụ thuộc vào tính chất của cuộc hẹn, thời điểm cuộc hẹn cho dịch vụ y tế được sắp xếp và tính sẵn có của các nguồn lực vận chuyển.

LogistiCare sẽ tạo điều kiện giúp quý vị nhận được thuốc theo toa bác sĩ (mẫu Tuyên Bố Chứng Nhận của Bác Sĩ) từ nhà cung cấp của quý vị.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Dịch vụ vận chuyển phi y tế

Phúc lợi này cho phép vận chuyển đến các dịch vụ chăm sóc y tế bằng xe khách, taxi hoặc các hình thức vận chuyển công cộng/tư nhân khác.

Phúc lợi này không giới hạn phúc lợi vận chuyển y tế không cấp cứu của quý vị.

Vui lòng tham khảo Chương 3, Mục G để biết thêm thông tin về các dịch vụ Vận Chuyển.

Để yêu cầu các dịch vụ vận chuyển đã mô tả ở trên, hãy liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của Health Net Cal MediConnect tại Hạt Diego: 1-855-464-3572(TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

Yêu cầu về dịch vụ vận chuyển phải được gửi trước bảy ngày làm việc đối với cả hai dịch vụ vận chuyển y tế không cấp cứu và dịch vụ vận chuyển phi y tế.

Nếu quý vị cần sắp xếp những dịch vụ bằng thông báo ngắn hơn, thì các yêu cầu này sẽ được xem xét theo từng trường hợp và sẽ phụ thuộc vào tính chất của cuộc hẹn, thời điểm cuộc hẹn cho dịch vụ y tế được sắp xếp và tính sẵn có của các nguồn lực vận chuyển.

LogistiCare sẽ tạo điều kiện giúp quý vị nhận được thuốc theo toa bác sĩ (mẫu Tuyên Bố Chứng Nhận của Bác Sĩ) từ nhà cung cấp của quý vị.

Dịch Vụ Chăm Sóc Tại Dưỡng Đường

Dưỡng Đường (viết tắt trong tiếng Anh là NF) là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận dịch vụ chăm sóc tại nhà nhưng không cần thiết phải nằm viện.

Những dịch vụ sau đây sẽ được chúng tôi thanh toán bao gồm, nhưng không giới hạn ở:

- Phòng hai giường (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế)
- Ăn uống, bao gồm cả chế độ ăn đặc biệt
- Dịch vụ điều dưỡng
- Liệu pháp vật lý, liệu pháp chức năng, và liệu pháp ngôn ngữ

Phúc lợi này được tiếp tục trình bày ở trang tiếp theo

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Dịch Vụ Chăm Sóc Tại Dưỡng Đường (tiếp)

- Thuốc được cung cấp cho quý vị như là một phần của chương trình chăm sóc. (Thuốc này bao gồm cả các chất sản sinh tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu.)
- Máu, gồm cả việc bảo quản và quản lý máu.
- Các nguồn tiếp liệu y tế và phẫu thuật thường được các dưỡng đường cung cấp
- Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm thường được các dưỡng đường cung cấp
- Dịch vụ X-quang và quang tuyến X khác thường được các dưỡng đường cung cấp
- Sử dụng các thiết bị, chẳng hạn như xe lăn thường được các dưỡng đường cung cấp
- Các dịch vụ của bác sĩ/chuyên viên
- Thiết bị y tế lâu bền
- Các dịch vụ nha khoa, bao gồm răng giả
- Châm cứu
- Các phúc lợi về thị lực
- Thiết Bị Trợ Thính
- Khám thính giác
- Dịch vụ chăm sóc nắn khớp
- Các dịch vụ điều trị bệnh về chân

Quý vị sẽ thường nhận dịch vụ chăm sóc của quý vị từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc của mình từ một cơ sở không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ các địa điểm sau nếu họ chấp nhận các khoản thanh toán của chương trình chúng tôi:

- Dưỡng đường hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục ở nơi quý vị sống ngay trước khi nhập viện (với điều kiện là cơ sở đó cung cấp dịch vụ chăm sóc tại dưỡng đường).
- Dưỡng đường nơi vợ/chồng quý vị đang sống tại thời điểm quý vị xuất viện.

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Khám sàng lọc và liệu pháp điều trị béo phì để duy trì việc giảm cân

Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên, thì chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ tư vấn để giúp quý vị giảm cân. Quý vị phải nhận dịch vụ tư vấn này ở cơ sở chăm sóc chính. Theo cách đó, dịch vụ có thể được quản lý với chương trình phòng bệnh toàn diện của quý vị. Hãy trao đổi với *nhà cung cấp* dịch vụ chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu

Xét nghiệm chẩn đoán và dịch vụ và nguồn tiếp liệu trị liệu cho bệnh nhân ngoại trú

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau, và có thể có các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:

- Chụp X-quang
- Liệu pháp xạ trị (liệu pháp radium và chất đồng vị), bao gồm cả các vật liệu và nguồn tiếp liệu của kỹ thuật viên
- Các nguồn tiếp liệu phẫu thuật, chẳng hạn như băng gạc phẫu thuật
- Nẹp xương, bó bột, và các dụng cụ khác được sử dụng trong trường hợp bị gãy xương và trật khớp
- Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm
- Máu, gồm cả việc bảo quản và quản lý máu.
- Các xét nghiệm chẩn đoán khác cho bệnh nhân ngoại trú (bao gồm các xét nghiệm phức tạp như chụp cắt lớp điện toán (viết tắt trong tiếng Anh là CT), chụp cộng hưởng từ (viết tắt trong tiếng Anh là MRI), chụp cộng hưởng từ tia X Mạch (viết tắt trong tiếng Anh là MRA), chụp cắt lớp vi tính bằng bức xạ đơn photon (viết tắt trong tiếng Anh là SPECT))

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Dịch vụ bệnh viện cho bệnh nhân ngoại trú

Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế quý vị nhận được tại khu ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh hoặc thương tích.

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau, và có thể có các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:

- Các dịch vụ tại khu cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, chẳng hạn như các dịch vụ theo dõi hoặc phẫu thuật cho bệnh nhân ngoại trú
- Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm và xét nghiệm chẩn đoán mà bệnh viện tính hóa đơn
- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm dịch vụ chăm sóc trong chương trình nhập viện bán phần, nếu bác sĩ chứng nhận rằng việc điều trị nội trú là cần thiết nếu không cung cấp dịch vụ này
- Chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến X khác mà bệnh viện tính hóa đơn
- Các nguồn tiếp liệu y tế, chẳng hạn như nẹp xương và bó bột
- Các lần khám sàng lọc và dịch vụ phòng bệnh được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi
- Một số loại thuốc mà quý vị không thể tự dùng

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân ngoại trú

Chúng tôi sẽ thanh toán cho những dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi:

- Bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ được tiểu bang cấp giấy phép
- Bác sĩ tâm lý lâm sàng
- Nhân viên công tác xã hội lâm sàng
- Chuyên gia điều dưỡng lâm sàng
- Chuyên viên điều dưỡng
- Trợ lý bác sĩ
- Bất kỳ chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần nào khác được Mediacare chứng nhận đủ tiêu chuẩn cung cấp dịch vụ được các luật pháp tiểu bang áp dụng cho phép

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau, và có thể có các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:

- Các dịch vụ phòng khám
- Dịch vụ điều trị ban ngày
- Các dịch vụ phục hồi chức năng tâm lý xã hội
- Nhập viện bán phần/Các chương trình ngoại trú tích cực
- Đánh giá và điều trị sức khỏe tâm thần theo cá nhân và nhóm
- Kiểm tra tâm lý khi được chỉ định về mặt lâm sàng nhằm đánh giá kết quả sức khỏe tâm thần
- Các dịch vụ dành cho bệnh nhân ngoại trú phục vụ mục đích theo dõi liệu pháp trị liệu bằng thuốc
- Phòng thí nghiệm, thuốc, các nguồn tiếp liệu và thuốc bổ dành cho bệnh nhân ngoại trú
- Tư vấn về tâm thần

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán
Dịch vụ phục hồi chức năng cho bệnh nhân ngoại trú Chúng tôi sẽ thanh toán cho liệu pháp vật lý, liệu pháp chức năng và liệu pháp ngôn ngữ. Quý vị có thể nhận được các dịch vụ phục hồi chức năng cho bệnh nhân ngoại trú từ các khu ngoại trú của bệnh viện, văn phòng của nhà liệu pháp độc lập, và các Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (viết tắt trong tiếng Anh là CORF) và các cơ sở khác. Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu. Có thể cần sự cho phép trước (chấp thuận trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.
Dịch vụ điều trị lạm dụng dược chất cho bệnh nhân ngoại trú Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau, và có thể có các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây: • Khám sàng lọc và tư vấn về lạm dụng rượu • Điều trị lạm dụng ma túy • Tư vấn theo nhóm hoặc cá nhân bởi một bác sĩ lâm sàng đủ tiêu chuẩn • Khử độc bán cấp trong chương trình cai nghiện tại nhà • Các dịch vụ cai nghiện ma túy và/hoặc rượu tại trung tâm điều trị ngoại trú tích cực • Điều trị bằng Naltrexone (vivitrol) phóng thích chậm *Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.*
Phẫu thuật ngoại trú Chúng tôi sẽ thanh toán cho phẫu thuật và các dịch vụ ngoại trú tại các cơ sở dành cho bệnh nhân ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật không lưu trú. Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu. Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Dịch vụ nhập viện bán phần

Nhập viện bán phần là chương trình điều trị tâm thần tích cực có tổ chức. Chương trình này được cung cấp tại cơ sở chăm sóc ngoại trú của bệnh viện hoặc bởi trung tâm chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng. Chương trình này mang tính tích cực hơn dịch vụ chăm sóc được cung cấp tại văn phòng của bác sĩ hoặc nhà liệu pháp của quý vị. Chương trình này có thể giúp quý vị không phải nhập viện.

Lưu ý: *Vì không có các trung tâm chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, nên chúng tôi chỉ bao trả nhập viện bán phần tại cơ sở chăm sóc ngoại trú của bệnh viện.*

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm thăm khám tại văn phòng bác sĩ

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau:

- Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế được cung cấp tại những nơi như:
    - Văn phòng của bác sĩ
    - Trung tâm phẫu thuật không lưu trú được chứng nhận
    - Khu ngoại trú của bệnh viện
- Tư vấn, chẩn đoán, và điều trị của chuyên gia
- Khám thính giác và thăng bằng cơ bản do *nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính* cung cấp, nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu việc này nhằm kiểm tra xem quý vị có cần điều trị hay không
- Ý kiến thứ cấp *của nhà cung cấp khác trong mạng lưới* trước khi thực hiện thủ thuật y tế
- Dịch vụ chăm sóc nha khoa không định kỳ. Các dịch vụ được bao trả giới hạn ở:
    - Phẫu thuật hàm hoặc cấu trúc liên quan
    - Chỉnh những chỗ gãy xương hàm hoặc xương mặt
    - Nhổ răng trước khi xạ trị bệnh ung thư khối u
    - Các dịch vụ sẽ được bao trả khi được bác sĩ cung cấp

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu để gặp chuyên gia.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ điều trị bệnh về chân

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau:

- Chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật các thương tích và bệnh liên quan đến bàn chân (ví dụ như ngón chân khoằm hoặc đau cựa gót chân)
- Dịch vụ chăm sóc bàn chân định kỳ dành cho những thành viên mắc các bệnh trạng ảnh hưởng đến chân, chẳng hạn như bệnh tiểu đường

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt

Với nam giới 50 tuổi trở lên, chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ dưới đây 12 tháng một lần:

- Khám trực tràng bằng ngón tay
- Xét nghiệm Kháng Nguyên Đặc Hiệu Tuyến Tiền Liệt (viết tắt trong tiếng Anh là PSA)

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Thiết bị giả và nguồn tiếp liệu liên quan

Các thiết bị giả thay thế cho toàn bộ hoặc một phần bộ phận cơ thể hoặc chức năng cơ thể. Chúng tôi sẽ thanh toán cho các thiết bị giả sau đây, và có thể có các thiết bị khác không được liệt kê ở đây:

- Túi hậu môn giả và nguồn tiếp liệu liên quan tới dịch vụ chăm sóc hậu môn giả
- Máy điều hòa nhịp tim
- Nẹp
- Giày chỉnh hình
- Tay chân giả
- Vú giả (bao gồm áo ngực phẫu thuật sau khi giải phẫu vú)
- Kem và tã dành cho chứng đại tiểu tiện không tự chủ

Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho một số nguồn tiếp liệu liên quan đến các thiết bị giả. Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho việc sửa chữa hoặc thay thế các thiết bị giả.

Chúng tôi cung cấp một số khoản bao trả sau khi cắt bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể. Hãy xem “Dịch vụ chăm sóc thị lực” ở phần sau của mục này để biết thêm chi tiết.

Chúng tôi sẽ không thanh toán cho các thiết bị nha khoa giả.

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của quý vị và nhận giấy giới thiệu cho kem và tã cho chứng đại tiểu tiện không tự chủ.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Dịch vụ phục hồi chức năng phổi

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các chương trình phục hồi chức năng phổi cho các thành viên mắc Bệnh Phổi Tắc Nghẽn Mãn Tính (viết tắt trong tiếng Anh là COPD) từ vừa đến rất nặng. Quý vị phải có *giấy giới thiệu* cho dịch vụ phục hồi chức năng phổi của bác sĩ hoặc nhà cung cấp điều trị bệnh COPD.

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ hô hấp dành cho các bệnh nhân phụ thuộc vào máy thở.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Khám sàng lọc và tư vấn các Bệnh Lây Truyền Qua Đường Tình Dục (viết tắt trong tiếng Anh là STI)

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các lần khám sàng lọc để phát hiện bệnh chlamydia, bệnh lậu, bệnh giang mai, và bệnh viêm gan B. Các lần khám sàng lọc này được bao trả cho phụ nữ mang thai và cho một số người có nguy cơ cao mắc bệnh STI. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính phải yêu cầu làm các xét nghiệm. Chúng tôi bao trả cho các xét nghiệm này 12 tháng một lần hoặc tại một số thời điểm trong thai kỳ.

Hàng năm chúng tôi cũng thanh toán cho tối đa hai buổi tư vấn trực tiếp, tích cực cao về hành vi cho những người lớn có quan hệ tình dục tăng nguy cơ mắc các bệnh STI. Mỗi buổi có thể kéo dài trong 20 đến 30 phút. Chúng tôi sẽ chỉ thanh toán cho các buổi tư vấn này như một dịch vụ phòng ngừa nếu chúng được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính cung cấp. Các buổi tư vấn này phải diễn ra ở cơ sở chăm sóc chính, chẳng hạn như văn phòng của bác sĩ.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Dịch vụ chăm sóc tại Dưỡng Đường Chuyên Môn (viết tắt trong tiếng Anh là SNF)

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau, và có thể có các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:

- Phòng hai giường, hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế
- Ăn uống, bao gồm cả chế độ ăn đặc biệt
- Dịch vụ điều dưỡng
- Liệu pháp vật lý, liệu pháp chức năng, và liệu pháp ngôn ngữ
- Thuốc quý vị nhận được như là một phần chương trình chăm sóc của quý vị, bao gồm cả các chất tự sản sinh trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố làm đông máu
- Máu, gồm cả việc bảo quản và quản lý máu.
- Nguồn tiếp liệu y tế và phẫu thuật được dưỡng đường cung cấp
- Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm được dưỡng đường cung cấp
- Dịch vụ chụp X-quang và quang tuyến X khác được dưỡng đường cung cấp
- Các thiết bị, chẳng hạn như xe lăn, thường được dưỡng đường cung cấp
- Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp

Quý vị sẽ thường nhận dịch vụ chăm sóc của quý vị từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc của mình từ một cơ sở không thuộc mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ các địa điểm sau nếu họ chấp nhận các khoản thanh toán của chương trình chúng tôi:

- Dưỡng đường hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị sống trước khi nhập viện (với điều kiện là cơ sở đó cung cấp dịch vụ chăm sóc tại dưỡng đường)
- Dưỡng đường nơi vợ/chồng quý vị sống tại thời điểm quý vị xuất viện

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của mình và nhận giấy giới thiệu.

Có thể cần sự cho phép trước (sự phê duyệt trước) để được bao trả, ngoại trừ trường hợp cấp cứu.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Liệu Pháp Tập Thể Dục Được Giám Sát (viết tắt trong tiếng Anh là SET)

Chương trình sẽ thanh toán SET cho các thành viên mắc bệnh động mạch ngoại biên có triệu chứng (viết tắt trong tiếng Anh là PAD), người có giấy giới thiệu PAD từ bác sĩ chịu trách nhiệm điều trị PAD. Chương trình sẽ thanh toán cho:

- Tối đa 36 buổi trong khoảng thời gian 12 tuần nếu tất cả các yêu cầu SET được đáp ứng
- Thêm 36 buổi theo thời gian nếu được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe coi là cần thiết về mặt y tế

Chương trình SET phải là:

- các buổi chương trình đào tạo tập thể dục trị liệu cho PAD kéo dài từ 30 đến 60 phút ở các thành viên bị chuột rút chân do lưu thông máu kém (đau cách hồi)
- tại cơ sở chăm sóc ngoại trú của bệnh viện hoặc tại văn phòng của bác sĩ
- Được cung cấp bởi nhân viên có trình độ đảm bảo lợi ích lớn hơn thiệt hại và được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho PAD
- Dưới sự giám sát trực tiếp của một bác sĩ, trợ lý bác sĩ, hoặc chuyên viên điều dưỡng/chuyên gia điều dưỡng lâm sàng được đào tạo về cả kỹ thuật hồi sinh cơ bản và nâng cao.

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp là dịch vụ chăm sóc được cung cấp để điều trị:

- Trường hợp không cấp cứu cần được chăm sóc y tế ngay lập tức, ***hoặc***
- Bệnh trạng bất ngờ, ***hoặc***
- Thương tích, ***hoặc***
- Bệnh trạng cần chăm sóc ngay lập tức.

Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc khẩn cấp, trước tiên quý vị cần cố gắng nhận dịch vụ chăm sóc đó từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị không thể đến được nhà cung cấp trong mạng lưới.

Chương trình của chúng tôi không bao trả dịch vụ chăm sóc khẩn thiết hoặc bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào khác mà quý vị nhận được ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ. Vui lòng xem Chương 3 để biết thêm thông tin về Dịch Vụ Chăm Sóc Khẩn Cấp.

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Dịch vụ chăm sóc thị lực

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ sau:

- Khám mắt định kỳ mỗi năm một lần; và
- Tối đa $100 cho kính mắt (gọng kính tiêu chuẩn và không theo tiêu chuẩn và tròng kính mắt cơ bản loại đơn tròng, hai tròng, ba tròng hoặc thấu kính) hai năm một lần*,**, hoặc
- Tối đa $100 cho các kính áp tròng tự chọn, lắp chỉnh và đánh giá hai năm một lần*, **, ***.
- Khám thị lực kém (tối đa bốn lần mỗi năm)****
- Vật liệu hỗ trợ thị lực kém****

**Kể từ ngày sử dụng dịch vụ*/ngày mua, phúc lợi nhiều năm có thể không sẵn có trong các năm tiếp theo.

**Quý vị chịu trách nhiệm thanh toán 100% bất kỳ số dư nào còn lại vượt quá khoản trợ cấp $100.

***Kính áp tròng, lắp chỉnh và đánh giá cần thiết cho thị lực được thanh toán toàn bộ hai năm một lần.

****Bao trả được hạn chế cho phụ nữ mang thai hoặc những người sống trong dưỡng đường chuyên môn khi đáp ứng những tiêu chuẩn về chẩn đoán và kê toa. Các dịch vụ được bao trả bao gồm:

Khám: đánh giá chuyên môn, lắp chỉnh thiết bị hỗ trợ thị lực kém và theo dõi sau đó, nếu phù hợp, bao gồm cả dịch vụ chăm sóc theo dõi sáu tháng.

Thiết bị hỗ trợ thị lực kém bao gồm:

- Thiết bị cầm tay hỗ trợ thị lực kém và các thiết bị hỗ trợ khác không gắn trên kính mắt
- Thiết bị hỗ trợ thị lực kém gắn trên kính mắt đơn tròng
- Hệ thống kính viễn vọng và kính phức hợp khác, bao gồm cả hệ thống kính viễn vọng tầm nhìn xa, kính viễn vọng tầm nhìn gần và hệ thống tròng mắt phức hợp

Các Dịch Vụ Y Tế về Mắt:

Quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của quý vị và nhận giới thiệu cho khám thị lực được Medicare bao trả

Phúc lợi này được tiếp tục trình bày ở trang tiếp theo

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Dịch vụ chăm sóc thị lực (tiếp)

Các Dịch Vụ Y Tế về Mắt được PCP của quý vị cung cấp hoặc sắp xếp. Chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ bác sĩ dành cho bệnh nhân ngoại trú về chẩn đoán và điều trị các bệnh và các chấn thương về mắt. Ví dụ, dịch vụ này bao gồm khám mắt hàng năm cho bệnh võng mạc do tiểu đường cho những người mắc bệnh tiểu đường và điều trị thoái hóa điểm vàng do tuổi tác.

Với những người có nguy cơ mắc bệnh tăng nhãn áp cao, chúng tôi sẽ thanh toán cho khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp một lần 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
- Những người mắc bệnh tiểu đường
- Những người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên
- Những người Mỹ gốc Tây Ban Nha và Bồ Đào Nha từ 65 tuổi trở lên

Chúng tôi sẽ thanh toán cho một cặp kính mắt hoặc kính áp tròng sau mỗi ca phẫu thuật đục thủy tinh thể khi bác sĩ gắn thủy tinh thể nội nhãn. (Nếu quý vị tham gia hai ca phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị phải mua một cặp kính mắt sau mỗi ca phẫu thuật. Quý vị không thể nhận hai cặp kính sau ca phẫu thuật thứ hai, ngay cả khi quý vị đã không nhận một cặp kính sau ca phẫu thuật thứ nhất.) Chúng tôi cũng sẽ thanh toán cho các tròng kính hiệu chỉnh, gọng kính, và các tiếp liệu thay thế nếu quý vị cần sau khi cắt bỏ đục thủy tinh thể mà không cấy thủy tinh thể.

Cách thức sử dụng các phúc lợi về thị lực của quý vị

Chương trình này cung cấp khoản bao trả cho một lần khám mắt định kỳ hàng năm và khoản bao trả kính mắt 24 tháng một lần. Quý vị sẽ được khám thị lực định kỳ hàng năm (để xác định nhu cầu cần có kính mắt hiệu chỉnh) và bất kỳ kính mắt áp dụng nào thông qua nhà cung cấp dịch vụ thị lực tham gia, không phải nhóm y tế của quý vị.

Sắp xếp việc khám thị lực định kỳ hàng năm của quý vị với nhà cung cấp dịch vụ thị lực tham gia. Để tìm nhà cung cấp dịch vụ thị lực tham gia, hãy liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của Health Net Cal MediConnect theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí. Hoặc quý vị có thể tra cứu trực tuyến tại www.healthnet.com/calmediconnect.

Phúc lợi này được tiếp tục trình bày ở trang tiếp theo

Các dịch vụ được chương trình của chúng tôi thanh toán

Dịch vụ chăm sóc thị lực (tiếp)

Quý vị có thể mua kính mắt từ nhà cung cấp đã khám cho quý vị hoặc từ danh sách các nhà cung cấp kính mắt tham gia trong khu vực dịch vụ của quý vị. Kính mắt được cung cấp bởi các nhà cung cấp không phải là các nhà cung cấp tham gia không được bao trả. Để tìm nhà cung cấp kính mắt tham gia, hãy gọi đến bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của Health Net Cal MediConnect theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí. Hoặc quý vị có thể tra cứu trực tuyến tại địa chỉ www.healthnet.com/calmediconnect.

Quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán cho các dịch vụ không được bao trả, chẳng hạn như bất kỳ số tiền nào vượt quá trợ cấp cho kính của quý vị hoặc các tùy chọn mắt kính thẩm mỹ như lớp chống xước, kính đa tròng, màu, v.v. Khoản thanh toán mà quý vị thực hiện cho các dịch vụ không được bao trả này sẽ được thực hiện trực tiếp cho nhà cung cấp kính mắt tham gia của quý vị.

Đó là tất cả những việc quý vị cần thực hiện để được khám thị lực định kỳ và nhận kính mắt hoặc kính áp tròng mới.

Để có danh sách các trường hợp loại trừ về Kính Mắt và Khám Thị Lực Định Kỳ, vui lòng xem Mục F ở phần sau trong Chương này.

Thăm Khám Phòng Bệnh "Welcome to Medicare"

Chúng tôi bao trả cho thăm khám phòng bệnh "Welcome to Medicare" một lần. Lần thăm khám này bao gồm:

- Đánh giá sức khỏe của quý vị,
- Giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng bệnh quý vị cần (bao gồm khám sàng lọc và tiêm phòng) và
- Giấy giới thiệu dịch vụ chăm sóc khác nếu quý vị cần.

Lưu ý Chúng tôi bao trả lần thăm khám phòng bệnh "Welcome to Medicare" chỉ trong vòng 12 tháng đầu tiên quý vị có Medicare Part B. Khi quý vị lên lịch hẹn, hãy cho văn phòng bác sĩ của quý vị biết rằng quý vị muốn lên lịch khám phòng bệnh "Welcome to Medicare" của quý vị.

E. Các phúc lợi được bao trả ngoài Health Net Cal MediConnect

Các dịch vụ sau đây không được Health Net Cal MediConnect bao trả nhưng được cung cấp thông qua Medicare hoặc Medi-Cal.

E1. Chuyển Tiếp về Cộng Đồng California (viết tắt trong tiếng Anh là CCT)

Chương trình Chuyển Tiếp về Cộng Đồng California (viết tắt trong tiếng Anh là CCT) sử dụng các Tổ Chức Dẫn Dắt tại địa phương để giúp những người thụ hưởng Medi-Cal đủ điều kiện đã sống tại một cơ sở nội trú hoặc cơ sở trong tối thiểu 90 ngày liên tiếp chuyển tiếp về, và vẫn an toàn tại môi trường cộng đồng. Chương trình CCT tài trợ cho các dịch vụ điều phối chuyển tiếp trong giai đoạn tiền chuyển tiếp và trong 365 ngày sau khi chuyển tiếp để trợ giúp những người thụ hưởng trở lại môi trường cộng đồng.

Quý vị có thể nhận các dịch vụ điều phối chuyển tiếp từ bất kỳ Tổ Chức Dẫn Dắt cung cấp CCT nào phục vụ hạt mà quý vị đang sống. Quý vị có thể tìm danh sách các Tổ Chức Dẫn Dắt cung cấp CCT và các hạt mà các tổ chức này phục vụ trên trang web của Sở Dịch Vụ Y Tế tại địa chỉ http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx.

Đối với các dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT:

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

Đối với các dịch vụ không liên quan tới chuyển tiếp CCT của quý vị:

Nhà cung cấp sẽ tính hóa đơn cho Health Net Cal MediConnect đối với các dịch vụ của quý vị. Health Net Cal MediConnect sẽ thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp sau khi quý vị chuyển tiếp. Quý vị không phải thanh toán cho các dịch vụ này.

Mặc dù quý vị đang nhận các dịch vụ điều phối chuyển tiếp CCT, Health Net Cal MediConnect sẽ trả tiền cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Phúc Lợi trong Mục D của chương này.

Không có thay đổi nào về phúc lợi bao trả thuốc của Health Net Cal MediConnect:

Loại thuốc nào không được chương trình CCT bao trả. Quý vị sẽ tiếp tục nhận được phúc lợi thuốc thông thường thông qua Health Net Cal MediConnect. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5.

Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chuyển tiếp không phải CCT, quý vị nên gọi cho điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị để sắp xếp các dịch vụ này. Dịch vụ chăm sóc chuyển tiếp không phải CCT là dịch vụ chăm sóc mà không liên quan đến việc chuyển tiếp của quý vị từ một tổ chức/cơ sở. Để liên lạc với Điều Phối Viên Dịch Vụ Chăm Sóc của quý vị, vui lòng gọi cho Health Net Cal MediConnect theo số điện thoại 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

E2. Chương trình Medi-Cal Dental Program

Một số dịch vụ nha khoa được cung cấp thông qua chương trình Medi-Cal Dental Program. (Denti-Cal); chẳng hạn, các dịch vụ như:

- Khám ban đầu, chụp X quang, làm sạch răng và điều trị bằng florua
- Các phục hồi và mão răng
- Liệu pháp ống tủy chân răng
- Điều chỉnh, sửa chữa và chỉnh lại răng giả

Phúc lợi nha khoa có sẵn ở dịch vụ tính phí theo mỗi dịch vụ Denti-Cal. Để biết thêm thông tin, hoặc nếu quý vị cần giúp tìm nha sĩ chấp nhận Denti-Cal, vui lòng liên lạc với đường dây Dịch Vụ Khách Hàng Hưởng Phúc Lợi Denti-Cal theo số 1-800-322-6384 (người dùng TTY gọi 1-800-735-2922). Cuộc gọi này miễn phí. Đại diện chương trình Denti-Cal luôn sẵn sàng hỗ trợ quý vị từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, Thứ Hai đến hết Thứ Sáu. Quý vị cũng có thể truy cập trang web Denti-Cal tại địa chỉ https://www.denti-cal.ca.gov/ để biết thêm thông tin.

Ngoài dịch vụ tính phí theo mỗi dịch vụ Denti-Cal, quý vị có thể nhận được các phúc lợi nha khoa thông qua chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý. Các chương trình chăm sóc nha khoa có quản lý có sẵn tại Hạt Los Angeles. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về các chương trình nha khoa, cần trợ giúp xác định chương trình nha khoa của quý vị, hoặc muốn thay đổi các chương trình nha khoa, xin vui lòng liên lạc với Health Care Options theo số 1-800-430-4263 (người dùng TTY/TDD xin gọi số 1-800-430-7077), Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Cuộc gọi này miễn phí.

E3. Dịch Vụ Chăm Sóc Tại Bệnh Viện Cho Người Hấp Hối

Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ chương trình bệnh viện cho người hấp hối nào được Medicare chứng nhận. Quý vị có quyền lựa chọn chương trình bệnh viện cho người hấp hối nếu nhà cung cấp của quý vị và giám đốc y tế của chương trình bệnh viện cho người hấp hối xác định quý vị có tiên lượng bệnh giai đoạn cuối. Điều này có nghĩa là quý vị mắc bệnh giai đoạn cuối và dự kiến chỉ sống được từ sáu tháng trở xuống. Bác sĩ của chương trình bệnh viện cho người hấp hối của quý vị có thể là nhà cung cấp trong hoặc ngoài mạng lưới.

Hãy xem Bảng Phúc Lợi trong Mục D của chương này để biết thêm thông tin về những gì Health Net Cal MediConnect trả trong khi quý vị vẫn đang nhận các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện cho người hấp hối.

Đối với những dịch vụ bệnh viện cho người hấp hối và những dịch vụ được Medicare Part A hoặc B bao trả mà có liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị:

- Nhà cung cấp dịch vụ bệnh viện cho người hấp hối sẽ tính hóa đơn cho Medicare đối với các dịch vụ của quý vị. Medicare sẽ thanh toán những dịch vụ bệnh viện cho người hấp hối có liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Quý vị không phải thanh toán cho các dịch vụ này.

Đối với những dịch vụ được Medicare Part A hoặc B bao trả mà không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị (ngoại trừ dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn thiết):

- Nhà cung cấp sẽ tính hóa đơn cho Medicare đối với các dịch vụ của quý vị. Medicare sẽ thanh toán cho các dịch vụ được Medicare Part A hoặc B bao trả. Quý vị không phải thanh toán cho những dịch vụ này.

Đối với các loại thuốc có thể được phúc lợi Medicare Part D của Health Net Cal MediConnect bao trả:

- Thuốc sẽ không bao giờ được bao trả cùng lúc bởi cả chương trình bệnh viện cho người hấp hối và chương trình của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5.

Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không tại bệnh viện cho người hấp hối, quý vị nên gọi cho điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị để sắp xếp các dịch vụ này. Dịch vụ chăm sóc không tại bệnh viện cho người hấp hối là dịch vụ chăm sóc không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị. Để liên lạc với điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị, vui lòng gọi cho Health Net Cal MediConnect theo số điện thoại 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

F. Các phúc lợi không được chương trình Health Net Cal MediConnect, Medicare, hoặc Medi-Cal bao trả

Mục này cho quý vị biết loại phúc lợi nào bị chương trình loại trừ. *Bị loại trừ* có nghĩa là chúng tôi không thanh toán cho các phúc lợi này. Medicare và Medi-Cal sẽ không thanh toán cho các phúc lợi này.

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

Chúng tôi sẽ không thanh toán cho các phúc lợi y tế bị loại trừ đã nêu trong mục này (hoặc bất kỳ phần nào khác trong *Sổ Tay Thành Viên* này) ngoại trừ theo các điều kiện cụ thể đã nêu. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi cần thanh toán cho một dịch vụ mà không được bao trả, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị. Để biết thông tin về việc nộp đơn kháng nghị, vui lòng xem Chương 9.

Ngoài bất kỳ trường hợp loại trừ hoặc giới hạn nào được mô tả trong Bảng Phúc Lợi, chương trình của chúng tôi không bao trả cho các dịch vụ và vật dụng sau đây:

- Các dịch vụ được xem là không "hợp lý và cần thiết về mặt y tế", theo tiêu chuẩn của Medicare và Medi-Cal, trừ khi các dịch vụ này được liệt kê trong chương trình của chúng tôi là dịch vụ được bao trả.
- Các biện pháp điều trị, vật dụng, và thuốc y tế và dùng cho phẫu thuật mang tính thử nghiệm, trừ khi được bao trả theo Medicare hoặc công trình nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt hoặc được bao trả bởi chương trình của chúng tôi. Xem Chương 3, trang 59 để biết thêm thông tin về các công trình nghiên cứu lâm sàng. Biện pháp điều trị và vật dụng mang tính thử nghiệm là những thứ mà thường không được cộng đồng y tế chấp nhận.
- Điều trị phẫu thuật cho bệnh béo phì, ngoại trừ khi cần thiết về mặt y tế và được Medicare thanh toán.
- Phòng riêng tại bệnh viện, ngoại trừ khi cần thiết về mặt y tế.
- Y tá phụ trách riêng.
- Đồ đạc cá nhân trong phòng của quý vị tại bệnh viện hoặc dưỡng đường, chẳng hạn như điện thoại hoặc ti vi.
- Dịch vụ chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà quý vị.
- Phí trả cho người thân trực hệ hoặc thành viên trong hộ gia đình quý vị.
- Các thủ thuật hoặc dịch vụ tăng cường tự chọn hoặc tự nguyện (bao gồm giảm cân, mọc tóc, sinh hoạt tình dục, thành tích thể thao, mục đích thẩm mỹ, chống lão hóa và duy trì năng lực về tinh thần), ngoại trừ khi cần thiết về mặt y tế.
- Phẫu thuật thẩm mỹ hoặc thủ thuật thẩm mỹ khác, trừ khi cần thiết do thương tích tai nạn hoặc để cải thiện bộ phận cơ thể có hình dạng không phù hợp. Tuy nhiên, chúng tôi sẽ thanh toán cho việc tái tạo vú sau khi giải phẫu vú và cho việc điều trị bên vú còn lại để trông cân đối.
- Dịch vụ chăm sóc nắn khớp, ngoài thao tác nắn cột sống bằng tay theo các hướng dẫn bao trả.
- Dịch vụ chăm sóc bàn chân định kỳ, trừ khi được nêu trong các dịch vụ điều trị Bệnh về Chân trong Bảng Phúc Lợi trong Mục D.

  - Giày chỉnh hình, trừ khi đó là giày kết hợp nẹp chân và được bao gồm trong chi phí nẹp hoặc giày dành cho người mắc bệnh về bàn chân do tiểu đường.
  - Các thiết bị hỗ trợ bàn chân, ngoại trừ giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu dành cho người mắc bệnh về chân do tiểu đường.
- Các thủ thuật phục hồi khả năng có con và các nguồn tiếp liệu tránh thai không theo toa bác sĩ.
- Các dịch vụ liệu pháp tự nhiên (sử dụng biện pháp điều trị tự nhiên hoặc biện pháp điều trị khác).
- Các dịch vụ được cung cấp cho cựu chiến binh tại các cơ sở của Bộ Cựu Chiến Binh (viết tắt trong tiếng Anh là VA). Tuy nhiên, khi cựu chiến binh nhận các dịch vụ cấp cứu tại bệnh viện VA và khoản đồng trả chi phí của VA nhiều hơn khoản đồng trả chi phí theo chương trình của chúng tôi, thì chúng tôi sẽ bồi hoàn phần chênh lệch cho cựu chiến binh. Quý vị vẫn chịu trách nhiệm thanh toán các khoản đồng trả chi phí của quý vị.
- Xét nghiệm và điều trị theo lệnh của tòa án, ngoại trừ trường hợp cần thiết về mặt y tế và nằm trong số lần thăm khám được phép theo hợp đồng của chương trình.
- Điều trị tại Trung Tâm Điều Trị Tại Nhà Riêng. Phúc lợi này có thể sẵn có theo phúc lợi sức khỏe tâm thần chuyên môn của hạt.
- Các dịch vụ y tế phụ trợ chẳng hạn như: dịch vụ phục hồi chức năng hướng nghiệp và các dịch vụ phục hồi chức năng khác (phúc lợi này có thể sẵn có theo phúc lợi sức khỏe tâm thần chuyên môn của hạt) và các dịch vụ về dinh dưỡng.
- Kiểm tra tâm lý và Kiểm tra thần kinh tâm lý, ngoại trừ trường hợp do nhà tâm lý học được cấp phép tiến hành nhằm hỗ trợ việc lên kế hoạch điều trị, bao gồm quản lý dược phẩm hoặc giải thích chẩn đoán và đặc biệt là loại trừ tất cả các xét nghiệm mang tính giáo dục, học thuật và thành tích, kiểm tra tâm lý liên quan đến các bệnh trạng hoặc để xác định tính sẵn sàng cho phẫu thuật và các báo cáo được lập tự động trên máy tính.
- Thiệt hại đối với bệnh viện hoặc cơ sở do quý vị gây ra.
- Điều trị bằng phản hồi sinh học hoặc liệu pháp thôi miên.
- Kích Thích Từ Xuyên Sọ (viết tắt trong tiếng Anh là TMS).
- Các mã V như liệt kê trong DSM 5.
- Các dịch vụ được Health Net coi là thử nghiệm hoặc nghiên cứu.
- Các dịch vụ nhận được ngoài tiểu bang cư trú chính của quý vị, ngoại trừ trường hợp Dịch Vụ Cấp Cứu và các trường hợp khác được Health Net cho phép.
- Liệu Pháp Sốc Điện (viết tắt trong tiếng Anh là ECT), ngoại trừ trường hợp được Health Net cho phép

Trường hợp loại trừ đối với Kính Mắt và Khám Thị Lực Định Kỳ Không Được Medicare Bao Trả:

- Phẫu thuật tật khúc xạ, và phẫu thuật LASIK. *Liên lạc với chương trình để biết thông tin về các khoản chiết khấu đối với các thủ thuật LASIK.*
- Các bài tập nhìn bình thường hoặc huấn luyện thị lực và bất kỳ lần kiểm tra bổ sung nào có liên quan.
- Liệu Pháp Khúc Xạ Giác Mạc (viết tắt trong tiếng Anh là CRT).
- Hiệu chỉnh tật khúc xạ (thủ thuật sử dụng kính áp tròng để thay đổi hình dạng giác mạc giúp giảm bớt tình trạng cận thị).
- Lắp chỉnh lại kính áp tròng sau giai đoạn lắp chỉnh ban đầu (90 ngày).
- Tròng kính phẳng, kính áp tròng phẳng (tròng kính có mức độ điều chỉnh khúc xạ dưới + 0,50 đi-ốp).
- Hai cặp kính mắt thay cho kính hai tròng.
- Kính mắt và kính râm không theo toa bác sĩ
- Phụ Kiện Tròng Kính
- Thay thế tròng kính và gọng kính được cung cấp theo chương trình này mà bị mất hoặc bị hỏng, ngoại trừ tại các khoảng thời gian thông thường khi không có sẵn các dịch vụ này.
- Điều trị y tế hoặc điều trị phẫu thuật về mắt (để biết các biện pháp điều trị phẫu thuật được bao trả, vui lòng tham khảo Bảng Phúc Lợi trong phần đầu của chương này).
- Điều trị hiệu chỉnh thị lực mang Tính Chất Thử Nghiệm.
- Kính áp tròng phẳng để thay đổi màu mắt phục vụ mục đích thẩm mỹ.
- Các chi phí đối với các dịch vụ và/hoặc vật liệu vượt quá những khoản trợ cấp Phúc Lợi của Chương Trình.
- Kính áp tròng được sơn màu nghệ thuật.
- Chỉnh sửa, đánh bóng hoặc làm sạch kính áp tròng.
- Các lần thăm khám bổ sung tại văn phòng liên quan đến bệnh lý về kính áp tròng.
- Các hợp đồng bảo hiểm hoặc thỏa thuận dịch vụ đối với kính áp tròng.
- Các dịch vụ hoặc nguồn tiếp liệu về thị lực được cung cấp bởi một nhà cung cấp không phải nhà cung cấp tham gia.

- Thuốc Theo Toa Bác Sĩ cho Bệnh Nhân Ngoại Trú hoặc thuốc mua tự do không cần toa không được bao trả như một phần phúc lợi Dịch Vụ Chăm Sóc Thị Lực của quý vị. Vui lòng tham khảo Bảng Phúc Lợi ở đầu chương này hoặc các Chương 5 và 6 để biết thêm thông tin về thuốc theo toa bác sĩ cho bệnh nhân ngoại trú theo phúc lợi y tế hoặc phúc lợi thuốc theo toa bác sĩ của quý vị.
- Các thiết bị trợ giúp thị lực (ngoài Kính Mắt hoặc Kính Áp Tròng) hoặc thiết bị trợ giúp thị lực kém được nêu trong Bảng Phúc Lợi ở phần đầu chương này.
- Kính mắt hiệu chỉnh theo yêu cầu của chủ sử dụng lao động như một điều kiện công việc và kính bảo hộ, trừ khi được bao trả cụ thể theo chương trình.
- Các dịch vụ hoặc vật liệu liên quan đến thị lực được cung cấp bởi bất kỳ chương trình phúc lợi theo nhóm nào khác có cung cấp dịch vụ chăm sóc thị lực.
- Các dịch vụ thị lực được cung cấp sau khi khoản bao trả của quý vị kết thúc, ngoại trừ khi vật liệu được cung cấp theo yêu cầu trước khi khoản bao trả kết thúc và dịch vụ được cung cấp cho quý vị trong vòng 31 ngày kể từ ngày đưa ra yêu cầu đó.
- Các dịch vụ thị lực được cung cấp theo quy định của bất kỳ luật Bồi Thường cho Người Lao Động nào, hoặc luật tương tự, hoặc theo quy định của bất kỳ cơ quan hoặc chương trình của chính phủ nào, dù của liên bang, tiểu bang, hoặc phân khu.
- Các dịch vụ và/hoặc vật liệu liên quan đến thị lực không được nêu trong *Sổ Tay Thành Viên* này.

Chương 5: Nhận thuốc theo toa bác sĩ dành cho bệnh nhân ngoại trú của quý vị thông qua chương trình

Giới thiệu

Chương này giải thích các quy tắc để nhận *các thuốc* theo toa bác sĩ dành cho bệnh nhân ngoại trú của quý vị. Đây là các loại thuốc mà nhà cung cấp của quý vị đặt mua cho quý vị mà quý vị có thể nhận từ một nhà thuốc hoặc đặt mua thuốc qua đường bưu điện. Chúng bao gồm các loại thuốc được bao trả theo Medicare Part D và Medi-Cal. Chương 6 trình bày những khoản quý vị phải thanh toán cho các thuốc này. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của Sổ Tay Thành Viên.

Health Net Cal MediConnect cũng bao trả cho các thuốc sau, mặc dù sẽ không được thảo luận trong chương này:

- Các thuốc được bao trả theo Medicare Part A. Bao gồm một số loại thuốc được cung cấp cho quý vị trong khi quý vị ở bệnh viện hoặc ở dưỡng đường.
- Các thuốc được bao trả theo Medicare Part B. Các thuốc này bao gồm một số loại thuốc hóa trị liệu, một số thuốc tiêm được cung cấp cho quý vị trong lần thăm khám tại văn phòng với bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác và các thuốc quý vị được cung cấp tại phòng khám thẩm tách. Để tìm hiểu thêm về các thuốc Medicare Part B nào được bao trả, vui lòng xem Bảng Phúc Lợi ở Chương 4.

Các quy tắc bao trả thuốc dành cho bệnh nhân ngoại trú của chương trình

Chúng tôi sẽ thường bao trả các loại thuốc của quý vị với điều kiện là quý vị tuân thủ các quy tắc trong mục này.

1. Quý vị phải yêu cầu bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác kê toa cho mình. Người này thường là Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (viết tắt trong tiếng Anh là PCP) của quý vị. Cũng có thể là nhà cung cấp khác nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị đã giới thiệu quý vị đến dịch vụ chăm sóc đó.

2. Quý vị nhìn chung phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc theo toa bác sĩ.

3. Thuốc được kê theo toa bác sĩ của quý vị phải nằm trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* của chương trình. Chúng tôi gọi tắt là “Danh Sách Thuốc”.

    - Nếu thuốc đó không nằm trong Danh Sách Thuốc, chúng tôi có thể bao trả bằng cách cung cấp trường hợp ngoại lệ cho quý vị.

    - Hãy xem Chương 9 để tìm hiểu về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ.

4. Thuốc của quý vị phải được sử dụng theo *chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.* Điều này có nghĩa là việc sử dụng thuốc này được phê duyệt bởi Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm hoặc được một số sách tham khảo xác nhận. Đối với các loại thuốc được Medi-Cal bao trả, điều này có nghĩa là việc sử dụng thuốc là hợp lý và cần thiết để bảo vệ tính mạng, ngăn ngừa bệnh tật hoặc khuyết tật nghiêm trọng, hoặc giảm cơn đau nặng thông qua việc chẩn đoán hoặc điều trị bệnh, chứng bệnh hoặc thương tích.

Mục Lục

A. Mua thuốc theo toa bác sĩ của quý vị 115
A1. Mua thuốc theo toa bác sĩ của quý vị tại nhà thuốc trong mạng lưới 115
A2. Sử dụng Thẻ ID Thành Viên của quý vị khi mua thuốc theo toa bác sĩ 115
A3. Cần làm gì nếu quý vị muốn đổi sang nhà thuốc khác trong mạng lưới 115
A4. Cần làm gì nếu nhà thuốc quý vị sử dụng rời khỏi mạng lưới 115
A5. Sử dụng một nhà thuốc chuyên môn 116
A6. Sử dụng dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện để nhận thuốc của quý vị? 116
A7. Nhận nguồn tiếp liệu thuốc dài hạn 118
A8. Sử dụng nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình 118
A9. Hoàn lại tiền cho quý vị nếu quý vị thanh toán cho thuốc theo toa bác sĩ 119
B. Danh Sách Thuốc của chương trình 119
B1. Các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc 119
B2. Cách tìm một loại thuốc trong Danh Sách Thuốc 120
B3. Các loại thuốc *không* nằm trong Danh Sách Thuốc 120
B4. Hạng đồng trả chi phí của Danh Sách Thuốc 121
C. Giới hạn đối với một số loại thuốc 121
D. Các lý do thuốc của quý vị có thể không được bao trả 123
D1. Nhận nguồn tiếp liệu thuốc tạm thời 123
E. Những thay đổi về khoản bao trả cho các thuốc của quý vị 125

F. Khoản bao trả thuốc trong các trường hợp đặc biệt 127

F1. Nếu việc quý vị nằm điều trị tại bệnh viện hoặc dưỡng đường chuyên môn được chương trình của chúng tôi bao trả 127

F2. Nếu quý vị ở trong cơ sở chăm sóc dài hạn 128

F3. Nếu quý vị tham gia chương trình bệnh viện cho người hấp hối được Medicare chứng nhận 128

G. Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc 129

G1. Các chương trình giúp thành viên sử dụng thuốc một cách an toàn 129

G2. Chương trình giúp thành viên quản lý thuốc của họ 129

G3. Chương trình quản lý thuốc nhằm giúp các thành viên sử dụng dược phẩm opioid một cách an toàn 130

A. Mua thuốc theo toa bác sĩ của quý vị

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

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi sẽ thanh toán các thuốc theo toa bác sĩ **chỉ** khi các thuốc đó được mua ở bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi. *Nhà thuốc trong mạng lưới* là hiệu thuốc đã đồng ý bán các thuốc theo toa bác sĩ cho các thành viên trong chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể đến bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi.

Để tìm nhà thuốc trong mạng lưới, quý vị có thể tra trong *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

A2. Sử dụng Thẻ ID Thành Viên của quý vị khi mua thuốc theo toa bác sĩ

Để mua thuốc theo toa bác sĩ của quý vị, **hãy trình Thẻ ID Thành Viên của quý vị** tại nhà thuốc trong mạng lưới. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ tính hóa đơn cho chúng tôi phần đồng trả chi phí của chúng tôi cho thuốc theo toa được bao trả của quý vị. Quý vị sẽ cần trả cho nhà thuốc một khoản đồng thanh toán khi quý vị nhận thuốc theo toa bác sĩ của mình.

Nếu quý vị không đem theo Thẻ ID Thành Viên của quý vị khi mua thuốc theo toa bác sĩ, hãy yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi để nhận thông tin cần thiết.

Nếu nhà thuốc không thể nhận được thông tin cần thiết, thì quý vị có thể sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa bác sĩ khi nhận thuốc. Sau đó quý vị có thể yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị phần của chúng tôi. Nếu quý vị không thể thanh toán cho loại thuốc đó, hãy liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên ngay lập tức. Chúng tôi sẽ làm những gì có thể để giúp đỡ.

- Để tìm hiểu về cách thức yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị, vui lòng xem Chương 7.
- Nếu quý vị cần giúp đỡ để mua thuốc theo toa, quý vị có thể liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

A3. Cần làm gì nếu quý vị muốn đổi sang nhà thuốc khác trong mạng lưới

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

Nếu quý vị cần giúp đỡ để thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới của quý vị, quý vị có thể liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

A4. Cần làm gì nếu nhà thuốc quý vị sử dụng rời khỏi mạng lưới

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

Để tìm nhà thuốc mới trong mạng lưới, quý vị có thể tra trong *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

A5. Sử dụng một nhà thuốc chuyên môn

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

- Các nhà thuốc cung cấp thuốc dành cho liệu pháp tiêm truyền tại gia.
- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho những người cư trú tại cơ sở chăm sóc dài hạn, chẳng hạn như dưỡng đường.
    - Thông thường, các cơ sở chăm sóc dài hạn có nhà thuốc riêng. Nếu quý vị đang cư trú tại cơ sở chăm sóc dài hạn, thì chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị có thể nhận thuốc quý vị cần tại nhà thuốc của cơ sở.
    - Nếu nhà thuốc của cơ sở chăm sóc dài hạn của quý vị không thuộc mạng lưới của chúng tôi, hoặc quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào khi tiếp cận các phúc lợi về thuốc của mình tại cơ sở chăm sóc dài hạn, vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.
- Các nhà thuốc phục vụ cho Chương Trình Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program. Ngoại trừ trong các trường hợp cấp cứu, chỉ Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Alaska Bản Địa mới có thể sử dụng các nhà thuốc này.
- Các nhà thuốc cung cấp các thuốc cần phải xử lý đặc biệt và có các hướng dẫn sử dụng thuốc đặc biệt.

Để tìm nhà thuốc chuyên môn, quý vị có thể tra trong *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

A6. Sử dụng dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện để nhận thuốc của quý vị?

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện trong mạng lưới của chương trình. Thông thường, các loại thuốc sẵn có thông qua dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện là thuốc quý vị sử dụng thường xuyên dành cho bệnh mãn tính hoặc dài hạn. Các loại thuốc được cung cấp thông qua dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện trong chương trình của chúng tôi được đánh dấu là thuốc đặt mua qua đường bưu điện (viết tắt trong tiếng Anh là MO) trong Danh Sách Thuốc.

Dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện của chương trình chúng tôi cho phép quý vị đặt mua nguồn tiếp liệu đủ dùng trong tối đa 90 ngày. Nguồn tiếp liệu đủ dùng trong 90 ngày có khoản đồng thanh toán bằng với nguồn tiếp liệu đủ dùng trong một tháng.

Mua thuốc theo toa bác sĩ của tôi qua đường bưu điện

Để nhận mẫu đơn đặt mua thuốc và thông tin về cách mua thuốc theo toa bác sĩ qua đường bưu điện, hãy truy cập vào trang web của chúng tôi www.healthnet.com/calmediconnect, hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại ở phía dưới cùng trang này) để được hỗ trợ.

Thông thường, quý vị sẽ nhận được thuốc theo toa bác sĩ được đặt mua qua đường bưu điện trong vòng 10 ngày. Nếu việc đặt mua thuốc qua đường bưu điện của quý vị bị chậm trễ, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên (số điện thoại ở phía dưới cùng của trang này) để được hỗ trợ.

Quy trình đặt mua thuốc qua đường bưu điện

Dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện có các thủ tục khác nhau đối với các toa thuốc mới nhận được từ quý vị, toa thuốc mới nhận trực tiếp từ văn phòng nhà cung cấp của quý vị, và mua thêm thuốc theo toa bác sĩ được đặt mua qua đường bưu điện của quý vị:

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

Nhà thuốc sẽ tự động bán và cung cấp các thuốc theo toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận được từ quý vị.

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

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

- Điều này sẽ cho quý vị cơ hội đảm bảo nhà thuốc đang cung cấp đúng loại thuốc (bao gồm nồng độ, số lượng và hình thức) và, nếu cần, cho phép quý vị ngừng hoặc trì hoãn việc đặt mua trước khi quý vị bị tính hóa đơn và thuốc được giao.
- Điều quan trọng là quý vị phản hồi mỗi khi nhà thuốc liên lạc, để họ biết phải làm gì với toa thuốc mới và tránh bất kỳ sự chậm trễ nào trong việc giao hàng.

3. Mua thêm thuốc theo toa bác sĩ được đặt mua qua đường bưu điện

Đối với việc mua thêm thuốc, quý vị có tùy chọn đăng ký một chương trình mua thêm thuốc tự động. Theo chương trình này, chúng tôi sẽ bắt đầu xử lý lần mua thêm thuốc tự động tiếp theo của quý vị khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị sắp hết thuốc.

- Nhà thuốc sẽ liên lạc với quý vị trước khi giao mỗi lần mua thêm thuốc để đảm bảo rằng quý vị cần thêm thuốc, và quý vị có thể hủy các lần mua thêm thuốc theo lịch nếu quý vị có đủ thuốc hoặc nếu thuốc của quý vị đã thay đổi.
- Nếu quý vị chọn không sử dụng chương trình mua thêm thuốc tự động của chúng tôi, vui lòng liên lạc với nhà thuốc của quý vị 14 ngày trước khi quý vị cho rằng thuốc quý vị đang có sẽ hết nhằm đảm bảo đơn đặt mua tiếp theo của quý vị được giao cho quý vị đúng hạn.

Để chọn không tham gia chương trình tự động chuẩn bị mua thêm thuốc đặt mua qua đường bưu điện của chúng tôi, vui lòng liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc nhà thuốc đặt mua thuốc qua đường bưu điện của quý vị:

CVS Caremark: 1-888-624-1139

Homescripts: 1-888-239-7690

Vì thế nhà thuốc có thể liên lạc với quý vị để xác nhận đơn đặt mua trước khi giao, vui lòng đảm bảo cho nhà thuốc biết cách tốt nhất để liên lạc với quý vị.Quý vị nên xác minh thông tin liên lạc của mình mỗi khi quý vị đặt mua thuốc, tại thời điểm quý vị đăng ký chương trình mua thêm thuốc tự động hoặc nếu thông tin liên lạc của quý vị thay đổi.

A7. Nhận nguồn tiếp liệu thuốc dài hạn

Quý vị có thể nhận nguồn tiếp liệu thuốc điều trị duy trì dài hạn có trên Danh Sách Thuốc trong chương trình của chúng tôi. Các loại thuốc điều trị duy trì là thuốc quý vị sử dụng thường xuyên, dành cho bệnh trạng mãn tính hoặc dài hạn. Khi quý vị nhận nguồn tiếp liệu thuốc dài hạn, khoản đồng thanh toán của quý vị có thể thấp hơn.

Một số nhà thuốc trong mạng lưới cho phép quý vị nhận nguồn tiếp liệu thuốc điều trị duy trì dài hạn. Nguồn tiếp liệu đủ dùng trong 90 ngày có khoản đồng thanh toán bằng với nguồn tiếp liệu đủ dùng trong một tháng. *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* cho quý vị biết những nhà thuốc nào có thể cung cấp cho quý vị nguồn tiếp liệu dài hạn thuốc điều trị duy trì. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để biết thêm thông tin.

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện trong mạng lưới của chương trình để nhận nguồn tiếp liệu thuốc điều trị duy trì dài hạn. Hãy xem mục trên để tìm hiểu thêm về dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện.

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

Thông thường, chúng tôi chỉ thanh toán cho các loại thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới khi quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới. Chúng tôi có các nhà thuốc trong mạng lưới bên ngoài khu vực dịch vụ của mình nơi quý vị có thể mua thuốc theo toa bác sĩ với tư cách là thành viên chương trình.

Chúng tôi sẽ thanh toán cho các thuốc theo toa bác sĩ được mua ở nhà thuốc ngoài mạng lưới trong các trường hợp sau đây:

- Nếu quý vị không nhận được nguồn tiếp liệu đủ dùng nhiều hơn trong 30 ngày, và
- Nếu không có nhà thuốc trong mạng lưới gần chỗ quý vị và mở cửa, hoặc

- Nếu quý vị cần loại thuốc mà quý vị không thể mua được ở nhà thuốc trong mạng lưới gần chỗ quý vị, hoặc
- Nếu quý vị cần thuốc để chăm sóc cấp cứu hoặc chăm sóc y tế khẩn cấp, hoặc
- Nếu quý vị phải rời khỏi nhà do thảm họa hoặc trường hợp y tế công cộng khẩn cấp khác của liên bang.

Trong các trường hợp này, vui lòng kiểm tra trước với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để xem liệu có nhà thuốc trong mạng lưới ở gần hay không.

A9. Hoàn lại tiền cho quý vị nếu quý vị thanh toán cho thuốc theo toa bác sĩ

Nếu quý vị phải sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, thì thông thường quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí thay vì khoản đồng thanh toán khi quý vị nhận thuốc theo toa bác sĩ của mình. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần đồng trả chi phí của chúng tôi.

Để tìm hiểu thêm về điều này, vui lòng xem Chương 7.

B. Danh Sách Thuốc của chương trình

Chúng tôi có *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả*. Chúng tôi gọi tắt là “Danh Sách Thuốc”.

Các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc được chúng tôi lựa chọn với sự giúp đỡ của một nhóm bác sĩ và dược sĩ. Danh Sách Thuốc này cũng cho quý vị biết liệu có bất cứ quy tắc nào quý vị cần phải tuân thủ để nhận các loại thuốc của quý vị không.

Thông thường chúng tôi sẽ bao trả thuốc trong Danh Sách Thuốc của chương trình nếu quý vị tuân theo các quy tắc như đã được giải thích trong chương này.

B1. Các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc

Danh Sách Thuốc bao gồm các thuốc được bao trả theo Medicare Part D và một số thuốc theo toa bác sĩ, các thuốc và sản phẩm mua tự do không cần toa (viết tắt trong tiếng Anh là OTC) được bao trả theo các phúc lợi Medi-Cal của quý vị.

Danh Sách Thuốc bao gồm cả thuốc chính hiệu và thuốc gốc. Các thuốc gốc có thành phần hoạt tính tương tự các thuốc chính hiệu. Nhìn chung, chúng có tác dụng tương tự như thuốc chính hiệu nhưng thường rẻ hơn.

Chương trình của chúng tôi cũng bao trả một số loại thuốc và sản phẩm OTC. Một số thuốc OTC giá thấp hơn thuốc theo toa bác sĩ và cũng có cùng tác dụng. Để biết thêm thông tin, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

B2. Cách tìm một loại thuốc trong Danh Sách Thuốc

Để tìm hiểu xem loại thuốc quý vị đang dùng có nằm trong Danh Sách Thuốc không, quý vị có thể:

- Truy cập vào trang web của chương trình tại địa chỉ www.healthnet.com/calmediconnect. Danh Sách Thuốc trên trang web luôn là bản mới nhất.
- Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu liệu một loại thuốc có trong Danh Sách Thuốc của chương trình hay không hoặc để yêu cầu một bản sao danh sách này.

B3. Các loại thuốc *không* nằm trong Danh Sách Thuốc

Chúng tôi không bao trả tất cả các loại thuốc theo toa bác sĩ. Một số loại thuốc không nằm trong Danh Sách Thuốc bởi vì pháp luật không cho phép chúng tôi bao trả các loại thuốc đó. Trong các trường hợp khác, chúng tôi đã quyết định không đưa một loại thuốc vào Danh Sách Thuốc.

Health Net Cal MediConnect sẽ không thanh toán cho các loại thuốc được liệt kê trong mục này. Các loại thuốc này được gọi là **thuốc bị loại trừ**. Nếu quý vị mua thuốc theo toa bác sĩ trong đó có một loại thuốc bị loại trừ, quý vị phải tự thanh toán cho loại thuốc đó. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi cần thanh toán cho thuốc bị loại trừ trong trường hợp của quý vị, thì quý vị có thể nộp đơn kháng nghị. (Để tìm hiểu về cách thức nộp đơn kháng nghị, vui lòng xem Chương 9.)

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

1. Khoản bao trả thuốc cho bệnh nhân ngoại trú của chương trình chúng tôi (bao gồm thuốc Part D và Medi-Cal) không thể thanh toán cho loại thuốc sẽ được bao trả theo Medicare Part A hoặc Part B. Những loại thuốc được bao trả theo Medicare Part A hoặc Part B được Health Net Cal MediConnect bao trả miễn phí, nhưng các loại thuốc này không được xem là một phần trong phúc lợi về thuốc theo toa bác sĩ cho bệnh nhân ngoại trú của quý vị.

2. Chương trình của chúng tôi không thể bao trả cho một loại thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ và vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.

3. Việc sử dụng thuốc phải được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (viết tắt trong tiếng Anh là FDA) phê duyệt hoặc được một số sách tham khảo xác nhận là phương pháp điều trị cho tình trạng của quý vị. Bác sĩ của quý vị có thể kê toa một loại thuốc nhất định để điều trị bệnh trạng của quý vị, mặc dù loại thuốc đó không được phê duyệt để điều trị bệnh trạng đó. Điều này được gọi là sử dụng không chính thức. Chương trình của chúng tôi thường không bao trả các loại thuốc khi chúng được kê toa để sử dụng không chính thức.

Ngoài ra, theo pháp luật, các loại thuốc được liệt kê dưới đây không được Medicare hoặc Medi-Cal bao trả.

- Thuốc được sử dụng nhằm tăng khả năng sinh sản
- Thuốc được sử dụng cho các mục đích thẩm mỹ hoặc kích thích mọc tóc

- Thuốc được sử dụng nhằm điều trị chứng rối loạn chức năng tình dục hoặc cương dương, chẳng hạn như Viagra®, Cialis®, Levitra® và Caverject®
- Các thuốc dành cho bệnh nhân ngoại trú khi công ty chế tạo các thuốc đó nói rằng quý vị phải có các xét nghiệm hoặc dịch vụ chỉ do công ty đó thực hiện

B4. Hạng đồng trả chi phí của Danh Sách Thuốc

- Mọi loại thuốc có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi đều thuộc một trong 3 hạng đồng trả chi phí. Hạng là một nhóm thuốc thường cùng loại (ví dụ như thuốc chính hiệu, thuốc gốc hoặc thuốc mua tự do không cần toa (viết tắt trong tiếng Anh là OTC)). Các thuốc Hạng 1 có khoản đồng thanh toán thấp. Đó là các thuốc gốc. Khoản đồng thanh toán sẽ từ $0,00 đến $3,40. Điều này phụ thuộc vào mức bao trả Medi-Cal của quý vị.
- Các thuốc Hạng 2 có khoản đồng thanh toán cao hơn. Đó là các thuốc chính hiệu. Khoản đồng thanh toán sẽ từ $0,00 đến $8,50. Điều này phụ thuộc vào mức bao trả Medi-Cal của quý vị.
- Các thuốc Hạng 3 có khoản đồng thanh toán là $0,00. Đó là các thuốc theo toa bác sĩ và các thuốc OTC mà Medi-Cal bao trả.

Để tìm hiểu thuốc của quý vị thuộc hạng đồng trả chi phí nào, hãy tra trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.

Chương 6 trình bày số tiền quý vị phải thanh toán cho các thuốc ở mỗi hạng đồng trả chi phí.

C. Giới hạn đối với một số loại thuốc

Đối với một số loại thuốc theo toa bác sĩ, các quy tắc đặc biệt giới hạn cách thức và thời điểm chương trình bao trả cho các loại thuốc đó. Thông thường, các quy tắc của chúng tôi khuyến khích quý vị nhận thuốc có tác dụng cho bệnh trạng của quý vị, an toàn và hiệu quả. Khi một loại thuốc an toàn, giá rẻ hơn có tác dụng tốt như loại thuốc giá đắt hơn, chúng tôi mong muốn nhà cung cấp của quý vị sử dụng loại thuốc giá rẻ hơn đó.

Nếu có quy tắc đặc biệt dành cho thuốc của quý vị, thông thường điều đó có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị phải tiến hành thêm các bước để chúng tôi có thể bao trả cho thuốc đó. Ví dụ như nhà cung cấp của quý vị trước hết có thể phải báo cho chúng tôi biết về chẩn đoán của quý vị hoặc cung cấp các kết quả xét nghiệm máu. Nếu quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cho rằng quy tắc của chúng tôi không nên áp dụng cho tình trạng của quý vị, thì quý vị cần yêu cầu chúng tôi đưa ra trường hợp ngoại lệ. Chúng tôi có thể đồng ý hoặc có thể không đồng ý để quý vị sử dụng loại thuốc đó mà không cần tiến hành thêm các bước.

Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu các trường hợp ngoại lệ, vui lòng xem Chương 9.

1. Giới hạn sử dụng thuốc chính hiệu khi sẵn có phiên bản thuốc gốc

Thông thường, thuốc gốc có tác dụng tương tự như thuốc chính hiệu nhưng thường rẻ hơn. Trong phần lớn các trường hợp, nếu có phiên bản thuốc gốc của thuốc chính hiệu, các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị phiên bản thuốc gốc.

- Chúng tôi thường không thanh toán cho thuốc chính hiệu khi có phiên bản thuốc gốc.
- Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp của quý vị đã cho chúng tôi biết lý do y tế rằng loại thuốc gốc đó sẽ không có tác dụng đối với quý vị, thì khi đó chúng tôi sẽ bao trả loại thuốc chính hiệu đó.
- Khoản đồng thanh toán của quý vị cho thuốc chính hiệu có thể lớn hơn cho thuốc gốc.

2. Có được sự phê duyệt trước của chương trình

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc bác sĩ của quý vị phải có được sự phê duyệt từ Health Net Cal MediConnect trước khi quý vị mua thuốc theo toa bác sĩ của mình. Nếu quý vị không có được sự phê duyệt, Health Net Cal MediConnect có thể không bao trả cho loại thuốc đó.

3. Trước tiên thử dùng một loại thuốc khác

Nói chung, chúng tôi muốn quý vị thử các loại thuốc giá rẻ hơn (thường có hiệu quả tương tự) trước khi chúng tôi bao trả các thuốc đắt hơn. Ví dụ như nếu Thuốc A và Thuốc B điều trị cùng một bệnh trạng, và Thuốc A rẻ hơn Thuốc B, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị thử dùng Thuốc A trước tiên.

Nếu Thuốc A không có hiệu quả đối với quý vị, thì khi đó chúng tôi sẽ bao trả cho Thuốc B. Đây được gọi là liệu pháp từng bước.

4. Giới hạn về số lượng

Đối với một số loại thuốc, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể nhận. Điều này được gọi là giới hạn về số lượng. Ví dụ, chúng tôi có thể giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể nhận mỗi lần mua thuốc theo toa bác sĩ.

Để tìm hiểu liệu có bất kỳ quy tắc nào nêu trên được áp dụng cho thuốc quý vị sử dụng hoặc muốn sử dụng hay không, hãy xem Danh Sách Thuốc. Để biết thông tin cập nhật nhất, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc xem trên trang web của chúng tôi tại www.healthnet.com/calmediconnect.

D. Các lý do thuốc của quý vị có thể không được bao trả

Chúng tôi cố gắng tận dụng khoản bao trả thuốc của quý vị để mang lại hiệu quả tốt cho quý vị, nhưng đôi khi một loại thuốc có thể không được bao trả theo cách mà quý vị muốn. Ví dụ:

- Loại thuốc quý vị muốn dùng không được chương trình của chúng tôi bao trả. Loại thuốc đó có thể không nằm trong Danh Sách Thuốc. Phiên bản thuốc gốc của loại thuốc đó có thể được bao trả, nhưng phiên bản thuốc chính hiệu quý vị muốn dùng không được bao trả. Loại thuốc đó có thể mới và chúng tôi vẫn chưa đánh giá tính an toàn và hiệu quả của nó.
- Loại thuốc đó được bao trả, nhưng có những quy tắc đặc biệt hoặc giới hạn khoản bao trả đối với loại thuốc đó. Như đã được giải thích ở mục trên, một số loại thuốc được chương trình của chúng tôi bao trả có các quy tắc giới hạn việc sử dụng chúng. Trong một số trường hợp, quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể muốn yêu cầu chúng tôi đưa ra trường hợp ngoại lệ đối với một quy tắc.

Có vài điều quý vị có thể làm nếu thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị muốn được bao trả.

D1. Nhận nguồn tiếp liệu thuốc tạm thời

Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị nguồn tiếp liệu thuốc tạm thời khi loại thuốc đó không nằm trong Danh Sách Thuốc hoặc khi loại thuốc đó bị giới hạn theo một cách nào đó. Điều này cho quý vị thời gian để trao đổi với nhà cung cấp của quý vị về việc nhận loại thuốc khác hoặc để yêu cầu chúng tôi bao trả cho loại thuốc đó.

Để nhận nguồn tiếp liệu thuốc tạm thời, quý vị phải đáp ứng hai quy tắc dưới đây:

1. Loại thuốc quý vị đang dùng:

- không còn có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi, ***hoặc***
- chưa bao giờ có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi, ***hoặc***
- hiện tại bị giới hạn theo một cách nào đó.

2. Quý vị phải rơi vào một trong những tình huống sau:

- Quý vị đã tham gia chương trình năm ngoái.
    - Chúng tôi sẽ bao trả cho nguồn tiếp liệu thuốc tạm thời của quý vị **trong 90 ngày đầu tiên của năm theo lịch**.
    - Nguồn tiếp liệu thuốc tạm thời này sẽ đủ dùng trong tối đa 30 ngày dùng thuốc tại một nhà thuốc bán lẻ và tại một nhà thuốc chăm sóc dài hạn, tối đa 31 ngày tiếp liệu.

- Nếu thuốc theo toa bác sĩ của quý vị được kê cho ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua thuốc nhiều lần nhằm cung cấp thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày Quý vị phải mua thuốc theo toa bác sĩ tại nhà thuốc trong mạng lưới.
- Các nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc theo toa bác sĩ với số lượng nhỏ mỗi lần để ngăn ngừa tình trạng lãng phí.

- Quý vị là thành viên mới của chương trình chúng tôi
  - Chúng tôi sẽ bao trả cho nguồn tiếp liệu thuốc tạm thời của quý vị **trong 90 ngày đầu tiên kể từ khi quý vị trở thành thành viên** của chương trình.
  - Nguồn tiếp liệu thuốc tạm thời này sẽ đủ dùng trong tối đa 30 ngày dùng thuốc tại một nhà thuốc bán lẻ và tại một nhà thuốc chăm sóc dài hạn, tối đa 31 ngày tiếp liệu.
  - Nếu thuốc theo toa bác sĩ của quý vị được kê toa cho ít ngày hơn, thì chúng tôi sẽ cho phép mua thuốc nhiều lần nhằm cung cấp thuốc đủ dùng trong tối đa 30 ngày. Quý vị phải mua thuốc theo toa bác sĩ tại nhà thuốc trong mạng lưới.
  - Các nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc theo toa bác sĩ với số lượng nhỏ mỗi lần để ngăn ngừa tình trạng lãng phí.
- Quý vị đã tham gia chương trình trên 90 ngày và đang ở trong cơ sở chăm sóc dài hạn và cần nguồn tiếp liệu ngay.
  - Chúng tôi sẽ bao trả cho một nguồn tiếp liệu đủ dùng trong 31 ngày, hoặc ít hơn nếu thuốc theo toa bác sĩ của quý vị được kê toa cho ít ngày hơn. Đây là phần bổ sung cho nguồn tiếp liệu thuốc tạm thời ở trên.

Mức Độ Chăm Sóc Thay Đổi

Nếu mức độ chăm sóc của quý vị thay đổi, chúng tôi sẽ bao trả nguồn tiếp liệu thuốc tạm thời của quý vị. Mức độ chăm sóc thay đổi khi quý vị xuất viện. Điều này cũng xảy ra khi quý vị chuyển đến hoặc chuyển khỏi cơ sở chăm sóc dài hạn.

- *Nếu quý vị chuyển về nhà từ cơ sở chăm sóc dài hạn hoặc bệnh viện và cần nguồn tiếp liệu tạm thời, chúng tôi sẽ bao trả cho một nguồn tiếp liệu đủ dùng trong 30 ngày. Nếu thuốc theo toa bác sĩ của quý vị được kê cho số ngày ít hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua thêm thuốc để cung cấp tối đa là tổng nguồn tiếp liệu dùng trong 30 ngày.*
- *Nếu quý vị chuyển từ nhà hoặc bệnh viện đến cơ sở chăm sóc dài hạn và cần nguồn tiếp liệu tạm thời, chúng tôi sẽ bao trả cho một nguồn tiếp liệu đủ dùng trong 31 ngày. Nếu thuốc theo toa bác sĩ của quý vị được kê cho số ngày ít hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua thêm thuốc để cung cấp tối đa là tổng nguồn tiếp liệu dùng trong 31 ngày.*

- Để yêu cầu nguồn tiếp liệu thuốc tạm thời, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

Khi quý vị nhận được nguồn tiếp liệu thuốc tạm thời, quý vị cần trao đổi với nhà cung cấp của quý vị để quyết định phải làm gì khi nguồn tiếp liệu của quý vị hết. Dưới đây là những lựa chọn của quý vị:

- Quý vị có thể thay đổi sang loại thuốc khác.

  Có thể có một loại thuốc khác được chương trình của chúng tôi bao trả có hiệu quả cho quý vị. Quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để yêu cầu cung cấp danh sách thuốc được bao trả dùng để điều trị cho cùng một loại bệnh trạng. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm một loại thuốc được bao trả có thể có hiệu quả cho quý vị.

  HOẶC

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

  Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đặt ra trường hợp ngoại lệ. Ví dụ như quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả cho một loại thuốc mặc dù loại thuốc đó không có trong Danh Sách Thuốc. Hoặc quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bao trả loại thuốc đó mà không có giới hạn. Nếu nhà cung cấp của quý vị nói rằng quý vị có lý do y tế hợp lý đối với trường hợp ngoại lệ, thì người đó có thể giúp quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ.

Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ, vui lòng xem Chương 9.

Nếu quý vị cần giúp đỡ để yêu cầu trường hợp ngoại lệ, quý vị có thể liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

E. Những thay đổi về khoản bao trả cho các thuốc của quý vị

Hầu hết những thay đổi về khoản bao trả thuốc diễn ra vào ngày 1 tháng 1. Tuy nhiên, chúng tôi có thể bổ sung hoặc loại bỏ các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc trong năm. Chúng tôi cũng có thể thay đổi các quy tắc về các loại thuốc của chúng tôi. Ví dụ, chúng tôi có thể:

- Quyết định yêu cầu hoặc không yêu cầu phê duyệt trước đối với một loại thuốc. (Phê duyệt trước là sự cho phép của Health Net Cal Mediconnect trước khi quý vị có thể nhận một loại thuốc.)
- Bổ sung thêm các loại thuốc bởi vì các loại thuốc mới, bao gồm thuốc gốc, đã được cung cấp trên thị trường hoặc chính phủ đã phê duyệt công dụng mới của một loại thuốc hiện có.
- Bổ sung thêm hoặc thay đổi số lượng thuốc quý vị có thể nhận (được gọi là giới hạn số lượng).

- Bổ sung thêm hoặc thay đổi các giới hạn của liệu pháp từng bước đối với một loại thuốc. (Liệu pháp từng bước có nghĩa là quý vị phải thử dùng một loại thuốc trước khi chúng tôi bao trả một loại thuốc khác.)

Để biết thêm thông tin về các quy tắc về thuốc này, hãy xem Mục C ở đầu chương này.

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

- xuất hiện một loại thuốc mới rẻ hơn có các tác dụng giống một loại thuốc trong Danh Sách Thuốc hiện tại, **hoặc**
- chúng tôi biết rằng loại thuốc đó không an toàn, **hoặc**
- có một loại thuốc bị loại bỏ khỏi thị trường.

Để biết thêm thông tin về những việc sẽ xảy ra khi Danh Sách Thuốc thay đổi, quý vị luôn có thể:

- Kiểm tra Danh Sách Thuốc cập nhật của chúng tôi trực tuyến tại www.healthnet.com/calmediconnect hoặc
- Gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để kiểm tra Danh Sách Thuốc hiện tại theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

Chúng tôi sẽ thực hiện thay đổi đối với Danh Sách Thuốc **ngay**. Ví dụ:

- **Thuốc gốc mới trở nên sẵn có**. Đôi khi, xuất hiện một loại thuốc mới rẻ hơn mà có công hiệu giống với một loại thuốc trong Danh Sách Thuốc hiện tại. Nếu việc đó xảy ra, chúng tôi có thể loại bỏ loại thuốc hiện tại, nhưng chi phí cho loại thuốc mới sẽ giữ nguyên hoặc sẽ thấp hơn

  Khi chúng tôi bổ sung thuốc gốc mới, chúng tôi cũng có thể quyết định giữ lại loại thuốc hiện tại trong danh sách nhưng thay đổi các quy tắc hoặc giới hạn bao trả của loại thuốc đó.

  - Chúng tôi có thể không thông báo cho quý vị trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi này, nhưng chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về thay đổi cụ thể hoặc các thay đổi mà chúng tôi đã thực hiện.
  - Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu một “trường hợp ngoại lệ” từ những thay đổi này. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo gồm các bước mà quý vị có thể thực hiện để yêu cầu một trường hợp ngoại lệ. Vui lòng xem Chương 9 của sổ tay này để biết thêm thông tin về các trường hợp ngoại lệ.

- **Một loại thuốc bị loại bỏ khỏi thị trường**. Nếu Cục Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (viết tắt trong tiếng Anh là FDA) cho biết loại thuốc quý vị đang dùng không an toàn hoặc nhà sản xuất thuốc đã loại bỏ thuốc này ra khỏi thị trường, thì chúng tôi sẽ loại bỏ loại thuốc này ra khỏi Danh Sách Thuốc. Nếu quý vị đang dùng thuốc, thì chúng tôi sẽ cho quý vị biết.

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

- FDA cung cấp hướng dẫn mới hoặc có hướng dẫn lâm sàng mới về một loại thuốc.
- Chúng tôi bổ sung thêm một loại thuốc gốc mới vào thị trường **và**
  - Thay thế một loại thuốc chính hiệu hiện có trong Danh Sách Thuốc **hoặc**
  - Thay đổi các quy tắc hoặc giới hạn khoản bao trả cho thuốc chính hiệu.

Khi những thay đổi này diễn ra, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi trong Danh Sách Thuốc hoặc khi quý vị yêu cầu mua thêm thuốc. Điều này sẽ cho quý vị thời gian để trao đổi với bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác. Họ có thể giúp quý vị quyết định xem có loại thuốc tương tự nào trong Danh Sách Thuốc mà quý vị có thể dùng thay thế hoặc liệu quý vị có thể yêu cầu một trường hợp ngoại lệ hay không. Sau đó quý vị có thể:

- Nhận nguồn tiếp liệu thuốc đủ dùng trong 30-ngày trước khi thực hiện thay đổi Danh Sách Thuốc, hoặc
- Yêu cầu một trường hợp ngoại lệ từ những thay đổi này. Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu các trường hợp ngoại lệ, vui lòng xem Chương 9.

F. Khoản bao trả thuốc trong các trường hợp đặc biệt

F1. Nếu việc quý vị nằm điều trị tại bệnh viện hoặc dưỡng đường chuyên môn được chương trình của chúng tôi bao trả

Nếu việc quý vị nhập viện hoặc dưỡng đường chuyên môn được chương trình của chúng tôi bao trả, thì thông thường chúng tôi sẽ bao trả cho chi phí thuốc theo toa bác sĩ của quý vị trong thời gian quý vị nằm điều trị tại đó. Quý vị sẽ không phải trả khoản đồng thanh toán. Sau khi quý vị rời khỏi bệnh viện hoặc dưỡng đường chuyên môn, chúng tôi sẽ bao trả cho thuốc của quý vị với điều kiện là các loại thuốc đó đáp ứng tất cả các quy tắc về bao trả của chúng tôi.

Để tìm hiểu thêm về khoản bao trả thuốc và quý vị phải thanh toán những gì, vui lòng xem Chương 6.

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

Thông thường, cơ sở chăm sóc dài hạn, chẳng hạn như dưỡng đường, có nhà thuốc riêng của họ hoặc nhà thuốc cung cấp thuốc cho tất cả những người đang cư trú tại đó. Nếu quý vị đang ở cơ sở chăm sóc dài hạn, thì quý vị có thể nhận thuốc theo toa bác sĩ của mình thông qua nhà thuốc của cơ sở nếu nhà thuốc đó thuộc mạng lưới của chúng tôi.

Hãy kiểm tra *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của quý vị để tìm hiểu xem nhà thuốc ở cơ sở chăm sóc dài hạn của quý vị có thuộc mạng lưới của chúng tôi không. Nếu cơ sở đó không thuộc mạng lưới của chúng tôi hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin, vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

F3. Nếu quý vị tham gia chương trình bệnh viện cho người hấp hối được Medicare chứng nhận

Thuốc sẽ không bao giờ được bao trả cùng lúc bởi cả chương trình bệnh viện cho người hấp hối và chương trình của chúng tôi.

- Nếu quý vị đăng ký vào chương trình bệnh viện cho người hấp hối của Medicare và yêu cầu thuốc giảm đau, chống buồn nôn, nhuận tràng hoặc thuốc an thần không được bao trả bởi chương trình bệnh viện cho người hấp hối của quý vị vì nó không liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối và các tình trạng liên quan của quý vị, thì chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo từ người kê toa hoặc nhà cung cấp dịch vụ bệnh viện cho người hấp hối của quý vị rằng thuốc không có liên quan trước khi chương trình của chúng tôi có thể bao trả cho thuốc.
- Để ngăn ngừa sự chậm trễ trong việc nhận bất kỳ loại thuốc không liên quan nào mà chương trình của chúng tôi cần bao trả, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ bệnh viện cho người hấp hối hoặc người kê toa của quý vị đảm bảo chúng tôi có được thông báo rằng loại thuốc đó không liên quan trước khi quý vị yêu cầu nhà thuốc bán thuốc theo toa bác sĩ của quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi chương trình bệnh viện cho người hấp hối, thì chương trình của chúng tôi cần bao trả cho tất cả thuốc của quý vị. Để tránh bất kỳ sự chậm trễ nào tại nhà thuốc khi phúc lợi bệnh viện cho người hấp hối của Medicare của quý vị kết thúc, quý vị cần mang hồ sơ tài liệu đến nhà thuốc để xác minh rằng quý vị đã rời khỏi chương trình bệnh viện cho người hấp hối. Hãy xem các phần trước trong chương này cho biết về các quy tắc nhận khoản bao trả thuốc theo Part D.

Để tìm hiểu thêm về phúc lợi bệnh viện cho người hấp hối, hãy xem Chương 4.

G. Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc

G1. Các chương trình giúp thành viên sử dụng thuốc một cách an toàn

Mỗi lần quý vị mua thuốc theo toa bác sĩ, chúng tôi đều tìm kiếm các vấn đề có thể xảy ra, chẳng hạn như sai sót về thuốc hoặc các loại thuốc:

- Có thể không cần thiết bởi vì quý vị đang dùng một loại thuốc khác có hiệu quả tương tự
- Có thể không an toàn cho tuổi tác hoặc giới tính của quý vị
- Có thể gây hại cho quý vị nếu quý vị dùng đồng thời
- Được chế biến từ những thứ mà quý vị bị dị ứng

Nếu chúng tôi nhận thấy vấn đề có thể có trong việc sử dụng thuốc theo toa bác sĩ của quý vị, thì chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp của quý vị nhằm khắc phục vấn đề đó.

G2. Chương trình giúp thành viên quản lý thuốc của họ

Nếu quý vị dùng dược phẩm cho các bệnh trạng khác nhau, thì quý vị có thể đủ điều kiện nhận dịch vụ miễn phí thông qua chương trình Quản Lý Liệu Pháp Dược Phẩm (viết tắt trong tiếng Anh là MTM). Chương trình này giúp quý vị và nhà cung cấp của quý vị đảm bảo rằng các dược phẩm của quý vị đang có tác dụng cải thiện sức khỏe của quý vị. Dược sĩ hoặc chuyên gia sức khỏe khác sẽ cung cấp cho quý vị bản đánh giá tổng thể tất cả các dược phẩm của quý vị và trao đổi với quý vị về:

- Cách nhận được nhiều lợi ích nhất từ các loại thuốc quý vị đang dùng
- Bất kỳ mối lo ngại nào của quý vị, như chi phí cho dược phẩm và phản ứng thuốc
- Cách tốt nhất để dùng dược phẩm của quý vị
- Bất kỳ thắc mắc hoặc vấn đề nào quý vị gặp phải về thuốc theo toa bác sĩ và dược phẩm mua tự do không cần toa của quý vị

Quý vị sẽ nhận được bản tóm tắt bằng văn bản về cuộc thảo luận này. Bản tóm tắt có kế hoạch hành động đối với dược phẩm trong đó khuyến nghị những việc quý vị có thể làm nhằm tận dụng tốt nhất dược phẩm của quý vị. Quý vị cũng sẽ được nhận một danh sách dược phẩm riêng bao gồm tất cả các dược phẩm quý vị đang dùng và lý do quý vị dùng chúng.

Việc lên lịch đánh giá dược phẩm của quý vị cũng là một ý hay trước lần thăm khám hàng năm về "Tình Trạng Khỏe Mạnh" của quý vị, vì thế quý vị có thể trao đổi với bác sĩ của quý vị về kế hoạch hành động của quý vị và danh sách dược phẩm. Mang theo kế hoạch hành động và danh sách dược phẩm của quý vị trong lần thăm khám của quý vị hoặc bất kỳ lúc nào quý vị trao đổi với bác sĩ, dược sĩ của quý vị, và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Ngoài ra, mang theo danh sách dược phẩm của quý vị nếu quý vị đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu.

Các chương trình quản lý liệu pháp dược phẩm mang tính tự nguyện và miễn phí cho các thành viên đủ tiêu chuẩn. Nếu chúng tôi có chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ đăng ký quý vị vào chương trình và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình, vui lòng cho chúng tôi biết và chúng tôi sẽ rút quý vị ra khỏi chương trình.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về các chương trình này, vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

G3. Chương trình quản lý thuốc nhằm giúp các thành viên sử dụng dược phẩm opioid một cách an toàn

Health Net Cal MediConnect có một chương trình có thể giúp các thành viên sử dụng một cách an toàn dược phẩm opioid theo toa bác sĩ hoặc các dược phẩm khác mà thường xuyên bị lạm dụng. Chương trình này được gọi là chương trình Drug Management Program (viết tắt trong tiếng Anh là DMP).

Nếu quý vị sử dụng dược phẩm opioid mà quý vị nhận được từ một số bác sĩ hoặc nhà thuốc, thì chúng tôi có thể trao đổi với bác sĩ của quý vị để đảm bảo rằng việc sử dụng thuốc của quý vị là phù hợp và cần thiết về mặt y tế. Khi làm việc với bác sĩ của quý vị, nếu chúng tôi quyết định quý vị có nguy cơ sử dụng sai hoặc lạm dụng dược phẩm opioid, thì chúng tôi có thể giới hạn cách quý vị có thể nhận được những dược phẩm này. Các giới hạn có thể bao gồm:

- Yêu cầu quý vị nhận tất cả các thuốc theo toa bác sĩ cho những loại dược phẩm đó **từ một nhà thuốc** và/hoặc **từ một bác sĩ**
- **Giới hạn số lượng** những loại dược phẩm mà chúng tôi sẽ bao trả cho quý vị

Nếu chúng tôi quyết định sẽ áp dụng một hoặc nhiều giới hạn cho quý vị, thì chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị trước. Lá thư sẽ giải thích những giới hạn mà chúng tôi nghĩ nên áp dụng.

Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết bác sĩ hoặc nhà thuốc nào quý vị ưu tiên sử dụng. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã phạm sai lầm, thì quý vị không đồng ý rằng quý vị có nguy cơ lạm dụng thuốc theo toa bác sĩ, hoặc quý vị không đồng ý với giới hạn đó, quý vị và người kê toa của quý vị có thể nộp đơn kháng nghị. (Để tìm hiểu về cách thức nộp đơn kháng nghị, vui lòng xem Chương 9.)

DMP có thể không áp dụng cho quý vị nếu quý vị:

- mắc một số bệnh trạng, chẳng hạn như ung thư, **hoặc**
- đang nhận dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện cho người hấp hối, **hoặc**
- sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.

Chương 6: Các khoản tiền quý vị phải thanh toán cho các thuốc theo toa bác sĩ Medicare và Medi-Cal của quý vị

Giới thiệu

Chương này trình bày những khoản quý vị phải thanh toán cho các thuốc theo toa bác sĩ dành cho bệnh nhân ngoại trú của mình. Nói đến "thuốc", có nghĩa là:

- Các thuốc theo toa bác sĩ Medicare Part D, **và**
- Các thuốc và vật dụng được bao trả theo Medi-Cal, **và**
- Các thuốc và vật dụng được chương trình bao trả như là các phúc lợi bổ sung.

Bởi vì quý vị đủ điều kiện tham gia Medi-Cal nên quý vị đang nhận "Extra Help" từ Medicare để giúp chi trả cho các thuốc theo toa bác sĩ Medicare Part D của quý vị.

Extra Help là chương trình của Medicare nhằm trợ giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giúp giảm chi phí các thuốc theo toa bác sĩ của Medicare Part D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ, và khoản đồng thanh toán. Extra Help còn được gọi là "Low-Income Subsidy", hay "LIS."

Các thuật ngữ chính khác và định nghĩa của các thuật ngữ này được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ Tay Thành Viên*.

Để tìm hiểu thêm về các loại thuốc theo toa bác sĩ, quý vị có thể tra cứu ở những phần sau:

- *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* của Chúng Tôi.
  - Chúng tôi gọi đây là "Danh Sách Thuốc." Danh sách này cho quý vị biết:
    - Chúng tôi thanh toán cho những loại thuốc nào
    - Mỗi loại thuốc thuộc hạng nào trong số 3 hạng đồng trả chi phí
    - Liệu có bất cứ giới hạn nào đối với các loại thuốc đó không
  - Nếu quý vị cần có bản sao của Danh Sách Thuốc, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể tìm thấy Danh Sách Thuốc trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.healthnet.com/calmediconnect. Danh Sách Thuốc trên trang web luôn là bản mới nhất.

- Chương 5 của *Sổ Tay Thành Viên* này.
  - Chương 5 trình bày cách nhận thuốc theo toa bác sĩ dành cho bệnh nhân ngoại trú của quý vị thông qua chương trình của chúng tôi.
  - Chương này cũng bao gồm các quy tắc mà quý vị cần tuân thủ. Chương này cũng trình bày các loại thuốc theo toa bác sĩ không được chương trình của chúng tôi bao trả.
- *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của Chúng Tôi.
  - Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để nhận các thuốc được bao trả của quý vị. Các nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc đã đồng ý làm việc với chúng tôi.
  - *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* có danh sách các nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị có thể đọc thêm về các nhà thuốc trong mạng lưới ở Chương 5.

Mục Lục

A. Bảng Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm (viết tắt trong tiếng Anh là EOB) 134
B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị 134
C. Các Giai Đoạn Thanh Toán Thuốc đối với các thuốc Medicare Part D 136
D. Giai Đoạn 1: Giai Đoạn Bao Trả Ban Đầu 136
D1. Các lựa chọn nhà thuốc của quý vị 137
D2. Nhận nguồn tiếp liệu thuốc dài hạn 137
D3. Các khoản tiền quý vị phải thanh toán. 137
D4. Kết Thúc Giai Đoạn Bao Trả Ban Đầu 139
E. Giai đoạn 2: Giai Đoạn Bao Trả Phần Lớn Tiền Thuốc 140
F. Chi phí thuốc của quý vị nếu bác sĩ của quý vị kê toa nguồn tiếp liệu ít hơn nguồn tiếp liệu đủ dùng trong cả tháng 140
G. Hỗ trợ khoản đồng trả chi phí thuốc theo toa bác sĩ cho những người nhiễm HIV/AIDS 141
G1. Chương trình AIDS Drug Assistance Program (viết tắt trong tiếng Anh là ADAP) là gì? 141
G2. Cần làm gì nếu quý vị chưa đăng ký tham gia ADAP? 141
G3. Cần làm gì nếu quý vị đã đăng ký tham gia ADAP? 141
H. Chủng ngừa 141

H1. Những điều quý vị cần biết trước khi quý vị chủng ngừa 142

H2. Số tiền quý vị thanh toán cho chủng ngừa Medicare Part D..... 142

A. Bảng Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm (viết tắt trong tiếng Anh là EOB)

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

- **Chi phí xuất túi** của quý vị. Đây là số tiền mà quý vị hoặc những người khác thay mặt cho quý vị, thanh toán cho thuốc theo toa bác sĩ của quý vị.
- **Tổng chi phí thuốc** của quý vị. Đây là số tiền mà quý vị, hoặc những người khác thay mặt cho quý vị, thanh toán cho thuốc theo toa bác sĩ của quý vị, cộng với số tiền chúng tôi thanh toán.

Khi quý vị nhận được các loại thuốc theo toa bác sĩ thông qua chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản báo cáo được gọi là *Bảng Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm.* Chúng tôi gọi tắt là EOB. EOB bao gồm:

- **Thông tin cho tháng đó**. Bản báo cáo này trình bày các loại thuốc theo toa bác sĩ mà quý vị đã nhận được. Báo cáo cũng cho biết tổng chi phí thuốc, số tiền chúng tôi đã thanh toán và số tiền quý vị và người khác thanh toán cho quý vị đã thanh toán.
- **Thông tin "từ đầu năm tính tới ngày hiện tại".** Đây là tổng chi phí thuốc của quý vị và tổng số tiền thanh toán được thực hiện từ ngày 1 tháng 1.

Chúng tôi cung cấp khoản bao trả cho thuốc không được bao trả theo Medicare.

- Các khoản thanh toán được thực hiện đối với những loại thuốc này sẽ không được tính vào tổng chi phí xuất túi của quý vị.
- Để tìm hiểu về các loại thuốc nào được chương trình của chúng tôi bao trả, hãy xem Danh Sách Thuốc.

B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị

Để theo dõi chi phí thuốc của quý vị và các khoản thanh toán mà quý vị thực hiện, chúng tôi sử dụng các hồ sơ mà chúng tôi nhận được từ quý vị và nhà thuốc của quý vị. Dưới đây là cách thức quý vị có thể giúp đỡ chúng tôi:

1. Sử dụng Thẻ ID Thành Viên của quý vị.

Trình Thẻ ID Thành Viên của quý vị mỗi khi quý vị mua thuốc theo toa bác sĩ. Việc này sẽ giúp chúng tôi biết được quý vị mua thuốc theo toa bác sĩ nào và số tiền quý vị thanh toán.

2. Hãy đảm bảo rằng chúng tôi nhận được thông tin chúng tôi cần.

Hãy cung cấp cho chúng tôi bản sao các biên lai thuốc mà quý vị đã thanh toán. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần đồng trả chi phí của chúng tôi cho loại thuốc đó.

Dưới đây là một số thời điểm mà quý vị cần cung cấp cho chúng tôi bản sao các biên lai của quý vị:

- Khi quý vị mua thuốc được bao trả tại nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ chiết khấu không thuộc phúc lợi của chương trình chúng tôi.
- Khi quý vị trả khoản đồng thanh toán cho các loại thuốc mà quý vị nhận được theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc
- Khi quý vị mua các thuốc được bao trả tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới
- Khi quý vị thanh toán nguyên giá cho một loại thuốc được bao trả

Để tìm hiểu về cách thức yêu cầu chúng tôi hoàn lại phần đồng trả chi phí của chúng tôi cho loại thuốc đó, vui lòng xem Chương 7.

3. Hãy gửi cho chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán mà người khác thanh toán cho quý vị.

Các khoản thanh toán được thực hiện bởi một số người và tổ chức khác cũng được tính vào chi phí xuất túi của quý vị. Ví dụ như các khoản thanh toán do chương trình hỗ trợ thuốc điều trị AIDS, Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Dành Cho Người Da Đỏ, và hầu hết các tổ chức từ thiện thanh toán được tính vào chi phí xuất túi của quý vị. Điều này có thể giúp quý vị đủ tiêu chuẩn đối với khoản bao trả phần lớn tiền thuốc. Khi quý vị đạt đến Giai Đoạn Bao Trả Phần Lớn Tiền Thuốc, Health Net Cal MediConnect thanh toán toàn bộ các chi phí cho các thuốc Part D của quý vị trong thời gian còn lại của năm.

4. Hãy kiểm tra bản báo cáo chúng tôi gửi cho quý vị.

Khi quý vị nhận *Bảng Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm* qua đường bưu điện, vui lòng đảm bảo bảng giải thích này đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị cho rằng có điều gì đó sai hoặc thiếu trong bản báo cáo, hoặc nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên. Hãy đảm bảo lưu giữ các bản báo cáo này. Đây là hồ sơ quan trọng về các chi phí thuốc của quý vị.

C. Các Giai Đoạn Thanh Toán Thuốc đối với các thuốc Medicare Part D

Có hai giai đoạn thanh toán cho khoản bao trả thuốc theo toa bác sĩ Medicare Part D của quý vị theo Health Net Cal MediConnect. Số tiền quý vị phải trả phụ thuộc vào việc quý vị đang ở giai đoạn nào khi quý vị mua hoặc mua thêm thuốc theo toa bác sĩ. Có hai giai đoạn:

Giai Đoạn 1: Giai Đoạn Bao Trả Ban Đầu	**Giai Đoạn 2:** Giai Đoạn Bao Trả Phần Lớn Tiền Thuốc
Trong giai đoạn này, chúng tôi thanh toán một phần chi phí thuốc của quý vị và quý vị thanh toán phần của quý vị. Phần thanh toán của quý vị được gọi là khoản đồng thanh toán. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị mua thuốc theo toa bác sĩ lần đầu tiên trong năm.	Trong giai đoạn này, chúng tôi thanh toán toàn bộ chi phí thuốc của quý vị đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2019. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị đã thanh toán một khoản chi phí xuất túi nhất định.

D. Giai Đoạn 1: Giai Đoạn Bao Trả Ban Đầu

Trong Giai Đoạn Bao Trả Ban Đầu, chúng tôi thanh toán phần đồng trả chi phí cho các loại thuốc theo toa bác sĩ được bao trả của quý vị, và quý vị thanh toán phần của quý vị. Phần thanh toán của quý vị được gọi là khoản đồng thanh toán. Khoản đồng thanh toán phụ thuộc vào hạng đồng trả chi phí của loại thuốc đó và nơi quý vị mua thuốc.

Các hạng đồng trả chi phí là các nhóm thuốc có cùng khoản đồng thanh toán. Mọi loại thuốc trong Danh Sách Thuốc của chương trình thuộc một trong ba hạng đồng trả chi phí. Để tìm được các hạng đồng trả chi phí cho các loại thuốc của quý vị, quý vị có thể tra trong Danh Sách Thuốc.

- Các thuốc Hạng 1 có khoản đồng thanh toán trung bình. Đó là các thuốc gốc. Khoản đồng thanh toán từ $0,00 đến $3,40, tùy thuộc vào thu nhập của quý vị.

- Các thuốc Hạng 2 có khoản đồng thanh toán cao nhất. Đó là các thuốc chính hiệu. Khoản đồng thanh toán từ $0,00 đến $8,50, tùy thuộc vào thu nhập của quý vị.

- Các thuốc Hạng 3 có khoản đồng thanh toán thấp nhất. Đó là các loại thuốc theo toa bác sĩ và các thuốc Mua Tự Do Không Cần Toa (viết tắt trong tiếng Anh là OTC) mà Medi-Cal bao trả. Khoản đồng thanh toán là $0.

D1. Các lựa chọn nhà thuốc của quý vị

Số tiền quý vị thanh toán cho một loại thuốc tùy thuộc vào việc quý vị nhận thuốc từ:

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

Trong một số trường hợp có giới hạn, chúng tôi bao trả các loại thuốc theo toa bác sĩ được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới. Xem Chương 5 để tìm hiểu khi nào chúng tôi sẽ thực hiện điều đó.

Để tìm hiểu thêm về các lựa chọn nhà thuốc này, xem Chương 5 trong sổ tay này và *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của chúng tôi.

D2. Nhận nguồn tiếp liệu thuốc dài hạn

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể nhận nguồn tiếp liệu dài hạn (còn được gọi là “nguồn tiếp liệu kéo dài”) khi mua thuốc theo toa bác sĩ. Nguồn tiếp liệu dài hạn là nguồn tiếp liệu đủ dùng trong tối đa 90 ngày. Nguồn tiếp liệu này có chi phí bằng với nguồn tiếp liệu đủ dùng trong một tháng.

Để biết thông tin chi tiết về địa điểm và cách nhận nguồn tiếp liệu thuốc dài hạn, hãy xem Chương 5 hoặc *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc.*

D3. Các khoản tiền quý vị phải thanh toán.

Trong Giai Đoạn Bao Trả Ban Đầu, quý vị có thể thanh toán khoản đồng thanh toán mỗi khi mua thuốc theo toa bác sĩ. Nếu chi phí thuốc được bao trả của quý vị ít hơn khoản đồng thanh toán, thì quý vị sẽ thanh toán giá thấp hơn.

Quý vị có thể liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu xem khoản đồng thanh toán của quý vị là bao nhiêu đối với bất kỳ loại thuốc được bao trả nào.

Phần đồng trả chi phí của quý vị khi nhận nguồn tiếp liệu thuốc theo toa bác sĩ được bao trả đủ dùng trong một tháng hoặc dài hạn từ:

	Nhà thuốc trong mạng lưới Nguồn tiếp liệu đủ dùng trong một tháng hoặc tối đa 90 ngày	**Dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện của chương trình** Nguồn tiếp liệu đủ dùng trong một tháng hoặc tối đa 90 ngày	**Nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới** Nguồn tiếp liệu đủ dùng trong tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc ngoài mạng lưới** Nguồn tiếp liệu đủ dùng trong tối đa 30 ngày Khoản bao trả được giới hạn cho một số trường hợp. Hãy xem Chương 5 để biết thông tin chi tiết.
Khoản đồng trả chi phí Hạng 1 (Thuốc Gốc Part D)	$0,00 đến $3,40 Điều này phụ thuộc vào mức bao trả Medi-Cal của quý vị.	$0,00 đến $3,40 Điều này phụ thuộc vào mức bao trả Medi-Cal của quý vị.	$0,00 đến $3,40 Điều này phụ thuộc vào mức bao trả Medi-Cal của quý vị.	$0,00 đến $3,40 Điều này phụ thuộc vào mức bao trả Medi-Cal của quý vị.
Khoản đồng trả chi phí Hạng 2 (Thuốc Chính Hiệu Part D)	$0,00 đến $8,50 Điều này phụ thuộc vào mức bao trả Medi-Cal của quý vị	$0,00 đến $8,50 Điều này phụ thuộc vào mức bao trả Medi-Cal của quý vị	$0,00 đến $8,50 Điều này phụ thuộc vào mức bao trả Medi-Cal của quý vị	$0,00 đến $8,50 Điều này phụ thuộc vào mức bao trả Medi-Cal của quý vị

	Nhà thuốc trong mạng lưới Nguồn tiếp liệu đủ dùng trong một tháng hoặc tối đa 90 ngày	**Dịch vụ đặt mua thuốc qua đường bưu điện của chương trình** Nguồn tiếp liệu đủ dùng trong một tháng hoặc tối đa 90 ngày	**Nhà thuốc chăm sóc dài hạn trong mạng lưới** Nguồn tiếp liệu đủ dùng trong tối đa 31 ngày	**Nhà thuốc ngoài mạng lưới** Nguồn tiếp liệu đủ dùng trong tối đa 30 ngày Khoản bao trả được giới hạn cho một số trường hợp. Hãy xem Chương 5 để biết thông tin chi tiết.
Khoản đồng trả chi phí Hạng 3 (Thuốc theo toa bác sĩ và thuốc mua tự do không cần toa (viết tắt trong tiếng Anh là OTC) mà Medi-Cal bao trả)	$0,00	$0,00	$0,00	$0,00

Để biết thông tin về các nhà thuốc nào có thể cung cấp cho quý vị các nguồn tiếp liệu dài hạn, hãy xem *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của chúng tôi.

D4. Kết Thúc Giai Đoạn Bao Trả Ban Đầu

Giai Đoạn Bao Trả Ban Đầu kết thúc khi tổng chi phí xuất túi của quý vị đạt $5.000. Tại thời điểm đó, Giai Đoạn Bao Trả Phần Lớn Tiền Thuốc bắt đầu. Chúng tôi bao trả cho toàn bộ các chi phí thuốc của quý vị từ thời điểm đó đến tận cuối năm.

Các báo cáo từ *Bảng Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm* của quý vị sẽ giúp quý vị theo dõi số tiền quý vị đã thanh toán cho các loại thuốc của quý vị trong cả năm. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu quý vị đạt mức giới hạn $5.000. Nhiều người không đạt mức giới hạn này trong một năm.

E. Giai đoạn 2: Giai Đoạn Bao Trả Phần Lớn Tiền Thuốc

Khi quý vị đạt mức giới hạn xuất túi là $5.000 đối với các thuốc theo toa bác sĩ của quý vị, Giai Đoạn Bao Trả Phần Lớn Tiền Thuốc bắt đầu. Quý vị sẽ ở trong Giai Đoạn Bao Trả Phần Lớn Tiền Thuốc cho đến cuối năm theo lịch. Trong giai đoạn này, chương trình sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cho các thuốc Medicare của quý vị.

F. Chi phí thuốc của quý vị nếu bác sĩ của quý vị kê toa nguồn tiếp liệu ít hơn nguồn tiếp liệu đủ dùng trong cả tháng

Trong một số trường hợp, quý vị trả khoản đồng thanh toán để chi cho nguồn tiếp liệu thuốc được bao trả đủ dùng cho cả tháng. Tuy nhiên, bác sĩ của quý vị có thể kê toa nguồn tiếp liệu ít hơn nguồn tiếp liệu thuốc đủ dùng trong một tháng.

- Có thể có những thời điểm quý vị muốn yêu cầu bác sĩ của quý vị kê toa nguồn tiếp liệu ít hơn nguồn tiếp liệu thuốc đủ dùng trong một tháng (ví dụ như khi lần đầu tiên quý vị thử dùng một loại thuốc được xác định có các tác dụng phụ nghiêm trọng).

- Nếu bác sĩ của quý vị đồng ý, quý vị sẽ không phải thanh toán cho nguồn tiếp liệu dùng trong cả tháng cho một số loại thuốc.

Khi quý vị nhận được nguồn tiếp liệu thuốc ít hơn nguồn tiếp liệu thuốc đủ dùng trong một tháng, thì khoản đồng thanh toán của quý vị sẽ dựa trên số ngày dùng thuốc mà quý vị nhận được. Chúng tôi sẽ tính toán số tiền quý vị phải trả cho mỗi ngày nhận thuốc của quý vị (“mức đồng trả chi phí hàng ngày”) và nhân số tiền đó với số ngày dùng thuốc mà quý vị nhận được.

- Sau đây là ví dụ: Giả sử khoản đồng thanh toán thuốc cho nguồn tiếp liệu đủ dùng trong cả tháng (nguồn tiếp liệu đủ dùng trong 30 ngày) là $1,25. Điều này có nghĩa là số tiền quý vị thanh toán cho thuốc của quý vị cao hơn $0,04 một chút mỗi ngày. Nếu quý vị nhận được nguồn tiếp liệu thuốc đủ dùng trong 7 ngày, khoản thanh toán của quý vị sẽ là nhiều hơn $0,04 một chút mỗi ngày nhân với 7 ngày, được tổng số tiền thanh toán là $0,29.

Khoản đồng trả chi phí hàng ngày cho phép quý vị chắc chắn rằng thuốc có hiệu quả đối với quý vị trước khi quý vị phải thanh toán cho nguồn tiếp liệu đủ dùng trong cả tháng. Quý vị cũng có thể yêu cầu nhà cung cấp của mình kê toa nguồn tiếp liệu ít hơn nguồn tiếp liệu thuốc đủ dùng trong một tháng, nếu điều này giúp quý vị có kế hoạch tốt hơn để mua thêm thuốc và ít phải đi đến nhà thuốc hơn. Số tiền mà quý vị thanh toán sẽ tùy thuộc vào nguồn tiếp liệu của những ngày mà quý vị nhận.

G. Hỗ trợ khoản đồng trả chi phí thuốc theo toa bác sĩ cho những người nhiễm HIV/AIDS

G1. Chương trình AIDS Drug Assistance Program (viết tắt trong tiếng Anh là ADAP) là gì?

Chương trình AIDS Drug Assistance Program (viết tắt trong tiếng Anh là ADAP) giúp đảm bảo rằng các cá nhân đủ điều kiện mà đang sống chung với căn bệnh HIV/AIDS được tiếp cận với các dược phẩm điều trị HIV có tác dụng duy trì sự sống. Các thuốc theo toa bác sĩ Medicare Part D dành cho bệnh nhân ngoại trú mà cũng được ADAP bao trả đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ đồng trả chi phí thuốc theo toa bác sĩ thông qua Văn Phòng Quản Lý AIDS thuộc Sở Y Tế Công Cộng của Tiểu Bang California dành cho các cá nhân đăng ký tham gia ADAP.

G2. Cần làm gì nếu quý vị chưa đăng ký tham gia ADAP?

Để biết các thông tin về tiêu chí đủ điều kiện, các thuốc được bao trả, hoặc cách thức đăng ký tham gia chương trình, vui lòng gọi số 1-844-421-7050 hoặc truy cập trang web ADAP tại địa chỉ https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. Cần làm gì nếu quý vị đã đăng ký tham gia ADAP?

ADAP có thể tiếp tục hỗ trợ đồng trả chi phí thuốc theo toa bác sĩ Medicare Part D cho khách hàng ADAP đối với các loại thuốc có trong danh mục thuốc ADAP. Nhằm đảm bảo quý vị tiếp tục nhận được sự hỗ trợ này, vui lòng thông báo cho nhân viên đăng ký ADAP địa phương của quý vị về bất kỳ thay đổi nào đối với số hợp đồng hoặc tên chương trình Medicare Part D của quý vị. Nếu quý vị cần được hỗ trợ tìm kiếm nơi đăng ký ADAP gần nhất và/hoặc nhân viên đăng ký, vui lòng gọi số 1-844-421-7050 hoặc truy cập trang web được liệt kê ở trên.

H. Chủng ngừa

Chúng tôi bao trả cho các vắc xin Medicare Part D. Khoản bao trả cho chủng ngừa Medicare Part D của chúng tôi bao gồm hai phần:

1. Phần bao trả thứ nhất là cho chi phí của **chính vắc xin**. Vắc xin là thuốc theo toa bác sĩ.
2. Phần bao trả thứ hai là cho chi phí **tiêm vắc xin cho quý vị**. Ví dụ, đôi khi quý vị có thể được bác sĩ của mình tiêm vắc xin.

H1. Những điều quý vị cần biết trước khi quý vị chủng ngừa

Chúng tôi khuyến nghị quý vị hãy gọi cho chúng tôi trước tiên theo số của bộ phận Dịch Vụ Thành Viên bất cứ khi nào quý vị lên kế hoạch chủng ngừa.

- Chúng tôi có thể cho quý vị biết về cách chương trình của chúng tôi bao trả cho chủng ngừa của quý vị và giải thích phần đồng trả chi phí của quý vị.
- Chúng tôi có thể cho quý vị biết cách giảm chi phí nhờ việc sử dụng các nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới. Các nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc đã đồng ý làm việc với chương trình của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình bảo hiểm y tế. Nhà cung cấp trong mạng lưới cần phải làm việc với Health Net Cal MediConnect để đảm bảo rằng quý vị không có bất kỳ chi phí trả trước nào cho vắc xin Part D.

H2. Số tiền quý vị thanh toán cho chủng ngừa Medicare Part D

Số tiền quý vị thanh toán cho chủng ngừa phụ thuộc vào loại vắc xin (quý vị đang được chủng ngừa cho bệnh gì).

- Một số loại vắc xin được coi là phúc lợi y tế chứ không phải thuốc. Những vắc xin này được bao trả miễn phí cho quý vị. Để tìm hiểu về khoản bao trả cho các loại vắc xin này, vui lòng xem Bảng Phúc Lợi ở Chương 4.
- Các loại vắc xin khác được coi là thuốc Medicare Part D. Quý vị có thể tìm thấy các loại vắc xin này được nêu trong Danh Sách Thuốc của chương trình. Quý vị có thể phải thanh toán một khoản đồng thanh toán cho các vắc xin Medicare Part D.

Dưới đây là ba phương thức phổ biến mà quý vị có thể được chủng ngừa Medicare Part D.

1. Quý vị nhận vắc xin Medicare Part D tại nhà thuốc trong mạng lưới và được tiêm tại nhà thuốc.
    - Quý vị sẽ thanh toán một khoản đồng thanh toán cho vắc xin.
2. Quý vị nhận vắc xin Medicare Part D tại văn phòng bác sĩ của quý vị và bác sĩ sẽ tiêm cho quý vị.
    - Quý vị sẽ thanh toán một khoản đồng thanh toán cho bác sĩ cho vắc xin.
    - Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán chi phí tiêm phòng cho quý vị.
    - Văn phòng bác sĩ cần gọi cho chương trình của chúng tôi trong trường hợp này, như vậy chúng tôi có thể đảm bảo rằng họ biết quý vị chỉ phải thanh toán một khoản đồng thanh toán cho vắc xin.
3. Quý vị chỉ lấy vắc xin Medicare Part D tại nhà thuốc và mang đến văn phòng bác sĩ của quý vị để được tiêm.
    - Quý vị sẽ thanh toán một khoản đồng thanh toán cho vắc xin.
    - Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán chi phí tiêm phòng cho quý vị.

Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho hóa đơn mà quý vị đã nhận đối với các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả

Giới thiệu

Chương này cho quý vị biết cách thức và thời điểm gửi hóa đơn cho chúng tôi để yêu cầu thanh toán. Chương này cho quý vị biết cách nộp đơn kháng nghị nếu quý vị không đồng ý với quyết định bao trả. **Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ Tay Thành Viên*.**

Mục Lục

A. Yêu cầu chúng tôi chi trả cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị 144
B. Gửi yêu cầu thanh toán 146
C. Quyết định bao trả 147
D. Kháng nghị 148

A. Yêu cầu chúng tôi chi trả cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị

Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi phải tính hóa đơn với chương trình cho các dịch vụ và thuốc được bao trả mà quý vị đã nhận. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp làm việc với chương trình bảo hiểm y tế.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho toàn bộ chi phí dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. Để gửi hóa đơn cho chúng tôi, hãy xem trang 142.

- Nếu dịch vụ hoặc thuốc được bao trả, chúng tôi sẽ chi trả trực tiếp cho nhà cung cấp.
- Quý vị có quyền được hoàn lại nếu các dịch vụ hoặc thuốc đó được bao trả và quý vị đã thanh toán nhiều hơn phần đồng trả chi phí của quý vị đối với các dịch vụ hoặc thuốc đó.
- Nếu các dịch vụ hoặc thuốc đó **không** được bao trả, chúng tôi sẽ cho quý vị biết.

Vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào. Nếu quý vị không biết số tiền đáng lẽ mình cần thanh toán hoặc quý vị nhận được hóa đơn và không biết phải làm gì với hóa đơn đó, chúng tôi có thể trợ giúp. Quý vị cũng có thể gọi nếu muốn cho chúng tôi biết thông tin về yêu cầu thanh toán mà quý vị đã gửi cho chúng tôi.

Sau đây là ví dụ về các thời điểm mà quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được:

1. **Khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cấp cứu hoặc khẩn thiết từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới**

   Quý vị cần yêu cầu nhà cung cấp tính hóa đơn cho chúng tôi.

   - Nếu quý vị thanh toán toàn bộ số tiền khi nhận dịch vụ chăm sóc, hãy yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất cứ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.
   - Quý vị có thể nhận được hóa đơn yêu cầu thanh toán từ nhà cung cấp mà quý vị cho rằng mình không mắc nợ. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất cứ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.
     - Nếu nhà cung cấp cần được thanh toán, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
     - Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ, chúng tôi sẽ hoàn lại.

2. Khi nhà cung cấp trong mạng lưới gửi cho quý vị một hóa đơn

Các nhà cung cấp trong mạng lưới phải luôn tính hóa đơn cho chúng tôi. Trình thẻ ID Thành Viên của Health Net Cal MediConnect của quý vị khi quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc theo toa bác sĩ nào. Lập hóa đơn không chính xác/không phù hợp là khi nhà cung cấp (chẳng hạn như bác sĩ hoặc bệnh viện) tính hóa đơn cho quý vị nhiều hơn khoản đồng trả chi phí của chương trình cho dịch vụ. **Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên nếu quý vị nhận được bất cứ hóa đơn nào**.

- Vì HealthNet Cal MediConnect sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ của quý vị, nên quý vị không phải chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí nào. Nhà cung cấp sẽ không tính hóa đơn cho quý vị đối với bất kỳ chi phí nào dành cho các dịch vụ này.
- Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn đó. Chúng tôi sẽ liên lạc trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề đó.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn từ nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn đó cùng với chứng từ của bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã chi trả. Chúng tôi sẽ hoàn lại cho quý vị các dịch vụ được bao trả của quý vị.

3. Khi quý vị mua thuốc theo toa bác sĩ tại nhà thuốc ngoài mạng lưới

Nếu quý vị tới nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa bác sĩ của mình.

- Chúng tôi chỉ bao trả cho thuốc theo toa bác sĩ được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số ít trường hợp. Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần đồng trả chi phí của chúng tôi.
- Vui lòng xem Chương 5 để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc ngoài mạng lưới.

4. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc vì quý vị không đem theo Thẻ ID Thành Viên của mình

Nếu quý vị không đem theo Thẻ ID Thành Viên của mình, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi hoặc tra thông tin đăng ký tham gia chương trình của quý vị.

- Nếu nhà thuốc đó không thể nhận thông tin họ cần ngay lập tức, quý vị có thể sẽ phải tự thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc đó.
- Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần đồng trả chi phí của chúng tôi.

5. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí toa thuốc cho loại thuốc không được bao trả

Quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc vì thuốc đó không được bao trả.

- Loại thuốc đó có thể không nằm trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* (Danh Sách Thuốc) của chúng tôi hoặc thuốc đó có thể có yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết hoặc cho rằng không áp dụng với mình. Nếu quý vị quyết định nhận loại thuốc đó, quý vị có thể cần phải thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc đó.
  - Nếu quý vị không thanh toán cho loại thuốc đó nhưng cho rằng thuốc đó cần được bao trả, quý vị có thể yêu cầu một quyết định bao trả (vui lòng xem Chương 9).
  - Nếu quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác cho rằng quý vị cần loại thuốc đó ngay, quý vị có thể yêu cầu một quyết định bao trả được xem xét nhanh (vui lòng xem Chương 9).
- Hãy gửi cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cần thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác để có thể hoàn lại cho quý vị phần đồng trả chi phí của chúng tôi cho loại thuốc đó.

Khi quý vị gửi cho chúng tôi yêu cầu thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị và quyết định liệu dịch vụ hoặc thuốc đó có nên được bao trả hay không. Đây được gọi là đưa ra "quyết định bao trả." Nếu chúng tôi quyết định dịch vụ hoặc thuốc đó cần được bao trả, chúng tôi sẽ thanh toán phần đồng trả chi phí của chúng tôi cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Để tìm hiểu thêm về cách kháng nghị, vui lòng xem Chương 9.

B. Gửi yêu cầu thanh toán

Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn và chứng từ của bất cứ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện. Chứng từ thanh toán có thể là bản sao tờ séc mà quý vị đã ghi hoặc biên lai từ nhà cung cấp. Quý vị cần giữ bản sao hóa đơn và biên lai để lưu vào hồ sơ của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị giúp đỡ.

Để đảm bảo rằng quý vị gửi cho chúng tôi tất cả các thông tin chúng tôi cần để đưa ra quyết định, quý vị có thể điền mẫu đơn yêu cầu bảo hiểm của chúng tôi để yêu cầu thanh toán.

- Quý vị không phải sử dụng mẫu đơn, nhưng mẫu đơn đó sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn.
- Quý vị có thể cố được bản sao mẫu đơn trên trang web của chúng tôi (www.healthnet.com/calmediconnect) hoặc quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên và yêu cầu mẫu đơn.

Hãy gửi yêu cầu thanh toán của quý vị cùng với bất kỳ hóa đơn hoặc biên lai nào cho chúng tôi qua đường bưu điện theo địa chỉ sau đây:

Địa chỉ Yêu Cầu Bảo Hiểm Y Tế:

Đối Với Cal MediConnect:
Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640-9030

Địa chỉ Yêu Cầu Bảo Hiểm Nhà Thuốc:

Health Net Community Solutions, Inc.
Attn: Pharmacy Claims
PO Box 419069
Rancho Cordova, CA 95741-9069

Quý vị phải nộp yêu cầu bảo hiểm của mình cho chúng tôi trong vòng một năm theo lịch (đối với yêu cầu bảo hiểm y tế) và trong vòng ba năm (đối với yêu cầu bảo hiểm về thuốc) kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc.

C. Quyết định bao trả

Khi chúng tôi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ ra quyết định bao trả. Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ quyết định xem dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc của quý vị có được chương trình của chúng tôi bao trả hay không. Chúng tôi cũng sẽ quyết định số tiền quý vị phải trả, nếu có, cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc đó.

- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi cần thêm thông tin từ quý vị.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc đó được bao trả và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy tắc về việc nhận dịch vụ chăm sóc hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ thanh toán phần đồng trả chi phí của mình. Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị séc thanh toán phần đồng trả chi phí của chúng tôi qua đường bưu điện. Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

Chương 3 giải thích các quy tắc bao trả cho các dịch vụ của quý vị. Chương 5 giải thích các quy tắc bao trả cho thuốc theo toa bác sĩ Medicare Part D của quý vị.

- Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán phần đồng trả chi phí của mình cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do tại sao không thanh toán. Lá thư cũng sẽ giải thích về các quyền kháng nghị của quý vị.
- Để tìm hiểu thêm về các quyết định bao trả, vui lòng xem Chương 9.

D. Kháng nghị

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã có sai sót trong việc khước từ yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định. Đây được gọi là kháng nghị. Quý vị cũng có thể kháng nghị nếu quý vị không đồng ý với số tiền chúng tôi thanh toán.

Quy trình kháng nghị là một quy trình chính thức với các thủ tục chi tiết và thời hạn quan trọng. Để tìm hiểu thêm về các kháng nghị, vui lòng xem Chương 9.

- Nếu quý vị muốn kháng nghị về việc được bồi hoàn cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy tới trang 168.
- Nếu quý vị muốn kháng nghị về việc được bồi hoàn cho thuốc, hãy tới trang 186.

Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị.

Giới thiệu

Chương này bao gồm quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên của chương trình. Chúng tôi phải tôn trọng các quyền của quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ Tay Thành Viên*.

Mục Lục

A. Quý vị có quyền nhận thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị 151

B. Trách nhiệm của chúng tôi phải luôn đối xử với quý vị một cách tôn trọng, công bằng và coi trọng nhân phẩm 156

C. Chúng tôi có trách nhiệm đảm bảo rằng quý vị được tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được bao trả 157

D. Chúng tôi có trách nhiệm bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị (viết tắt trong tiếng Anh là PHI) 158

D1. Cách thức chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị 158

D2. Quý vị có quyền xem hồ sơ y tế của mình 159

E. Chúng tôi có trách nhiệm cung cấp cho quý vị thông tin về chương trình, nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi, và các dịch vụ được bao trả của quý vị 160

F. Nhà cung cấp trong mạng lưới không được tính hóa đơn trực tiếp cho quý vị 161

G. Quý vị có quyền rời khỏi Chương Trình Cal MediConnectcủa chúng tôi 161

H. Quý vị có quyền ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị 162

H1. Quý vị có quyền biết về các tùy chọn điều trị và đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị 162

H2. Quý vị có quyền trình bày điều mình muốn nếu quý vị không thể tự ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân 163

H3. Cần làm gì nếu hướng dẫn của quý vị không được tuân thủ 164

I. Quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi xem xét lại các quyết định mà chúng tôi đã đưa ra 164

I1. Cần làm gì nếu quý vị cho rằng mình đang bị đối xử không công bằng hoặc quyền của quý vị đang không được tôn trọng 164

I2. Cách nhận thêm thông tin về các quyền của quý vị 165

J. Quý vị có quyền đưa ra các khuyến nghị cho chính sách của chúng tôi về quyền và trách nhiệm của thành viên 165

K. Đánh giá các công nghệ mới và hiện tại 165

L. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên của chương trình 166

A. Quý vị có quyền nhận thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. If you would like Health Net Cal MediConnect to send you member materials on an ongoing basis in other formats, such as braille or large print, or in a language other than English, please contact Member Services. Tell Member Services that you would like to place a standing request to get your material in another format or language.

You can also get this handbook in the following languages for free simply by calling Member Services at 1-855-464-3572 (TTY: 711), from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

- Arabic
- Spanish
- Tagalog
- Vietnamese

يجب علينا إخبارك عن مزايا الخطة وحقوقك بطريقة تتمكن من فهمها. ولا بد لنا أن نخبرك عن حقوقك طالما أنك تشترك معنا في خطتنا سنوياً.

- للحصول على المعلومات بطريقة تتمكن من فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. لدينا كادر من المتحدثين بعدة لغات ممن يمكنهم الإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- بمقدور خطتنا إعطائك مواد أيضاً في لغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مثل أحرف طباعة كبيرة أو طريقة بريل أو تسجيل صوتي. إذا رغبت أن تقوم Health Net Cal MediConnect بإرسالك مواد خاصة بالأعضاء بصورة مستمرة بتنسيقات أخرى، كالبريل أو أحرف طباعة كبيرة، أو بلغة غير الإنجليزية،، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. بإمكانك إخبار خدمات الأعضاء أنك تود أن تقدم طلباً للحصول دوماً على موادك بتنسيقات بديلة و\أو لغة خرى.
- بإمكانك الحصول على هذا الدليل باللغات التالية مجاناً عبر الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-464-3572(هاتف TTY: 711)، من الإثنين حتى الجمعة من 8:00 ص.- 8:00 م:
  - اللغة العربية
  - اللغة الاسبانية
  - اللغة التاغلوغية
  - اللغة الفيتنامية
- إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة لمشاكل اللغة أو العجز وترغب بتقديم شكوى، اتصل بـ Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة يومياً، سبعة أيام في الأسبوع. وينبغي على مستخدمي هاتف TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. للحصول على معلومات حول كيفية تقديم شكوى لدى Medi-Cal، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3572 (هاتف TTY: 711)، من الإثنين حتى الجمعة من 8:00 ص.- 8:00 م.

Le explicaremos los beneficios de su plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Haremos esto cada año de cobertura de nuestro plan.

Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder a sus preguntas en varios idiomas.

También podemos proporcionarle material en *otros idiomas, además del inglés,* y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande. Si desea que Health Net Cal MediConnect siempre le envíe los materiales informativos para afiliados en otros formatos, como en braille o en letra grande, o en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado. Dígale al representante que desea realizar una solicitud permanente para que siempre le envíen los materiales informativos para afiliados en otro formato o idioma.

También puede obtener este manual en forma gratuita en los siguientes idiomas llamando al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m:

- Árabe
- Español
- Tagalo
- Vietnamita

Si tiene dificultades para obtener información de parte de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o con una discapacidad y desea presentar una queja, comuníquese con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si desea información sobre cómo presentar una queja ante Medi-Cal, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo sa plan at ang iyong mga karapatan sa isang paraan na maiintindihan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan bawat taon na nasa plan ka namin.

Para makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan mo, tawagan ang Member Services (Mga Serbisyo sa Miyembro). Ang aming plan ay mayroong mga tao na makakasagot sa iyong mga tanong sa iba't ibang mga wika.

Mabibigyan ka rin ng aming plan ng mga materyales *na nasa mga wika maliban sa Ingles at* nasa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Kung gusto mong hilingin sa Health Net Cal MediConnect na patuloy kang padalhan ng mga materyales para sa miyembro na nasa iba pang mga format, tulad ng braille o malalaking letra, o nang nasa wika maliban sa Ingles, mangyaring makipag-ugnayan sa Member Services. Sabihin sa Member Services na gusto mong maglagay ng patuloy na kahilingan para palaging makakuha ng mga materyales na nasa altenatibong format o wika.

Maaari mo ring makuha ang handbook na ito sa mga sumusunod na wika nang libre sa pamamagitan lang ng pagtawag sa Member Services sa 1-855-464-3572 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m.- 8:00 p.m:

- Tiếng Ả Rập
- Tiếng Tây Ban Nha
- Tiếng Tagalog
- Tiếng Việt

Kung nagkakaproblema kang makakuha ng impormasyon mula sa aming plan dahil sa mga problema sa wika o isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag nang 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Dapat tawagan ng mga gumagamit ng TTY ang 1-877-486-2048. Para sa impormasyon sa paghahain ng reklamo sa Medi-Cal, mangyaring makipag-ugnayan sa Member Services sa 1-855-464-3572 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.

Chúng tôi phải cho quý vị biết về các phúc lợi trong chương trình và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm mà quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên. Chương trình của chúng tôi có những người có thể trả lời các câu hỏi của quý vị bằng các ngôn ngữ khác nhau.

Chương trình của chúng tôi cũng cung cấp cho quý vị tài liệu *bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và ở* các định dạng như bản in khổ lớn, chữ nổi braille, hoặc bản âm thanh. Nếu quý vị muốn Health Net Cal MediConnect phải liên tục gửi cho quý vị các tài liệu dành cho thành viên bằng định dạng khác, như chữ nổi braille hoặc bản in khổ lớn hoặc bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên. Cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên biết quý vị muốn yêu cầu lâu dài rằng quý vị phải luôn nhận được tài liệu của quý vị bằng định dạng hoặc ngôn ngữ khác.

Quý vị cũng có thể nhận sổ tay này miễn phí bằng các ngôn ngữ dưới đây chỉ cần gọi đến Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối:

- Tiếng Ả Rập
- Tiếng Tây Ban Nha
- Tiếng Tagalog
- Tiếng Việt

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048. Để biết thông tin về cách nộp đơn khiếu nại cho Medi-Cal, vui lòng liên lạc bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại 1-855-464-3572 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối}

- Nếu quý vị đang gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Để biết thông tin về cách nộp đơn khiếu nại với Medi-Cal, vui lòng liên lạc bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

B. Trách nhiệm của chúng tôi phải luôn đối xử với quý vị một cách tôn trọng, công bằng và coi trọng nhân phẩm

Chúng tôi phải tuân thủ luật pháp mà bảo vệ quý vị khỏi việc bị phân biệt đối xử hoặc đối xử không công bằng. **Chúng tôi không phân biệt đối xử** với thành viên vì bất kỳ vấn đề nào sau đây:

- Tuổi tác
- Kháng nghị
- Hành vi
- Quá trình yêu cầu bảo hiểm trước đây
- Dân tộc
- Bằng chứng về khả năng có thể bảo hiểm
- Nhận dạng giới tính
- Thông tin di truyền
- Vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ
- Tình trạng sức khỏe
- Bệnh sử
- Chức năng tâm thần
- Tình trạng khuyết tật về tâm thần hoặc thể chất
- Nguồn gốc dân tộc
- Chủng tộc
- Việc nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- Tôn giáo
- Giới tính
- Khuynh hướng tình dục
- Sử dụng dịch vụ

Theo các quy tắc của chương trình chúng tôi, quý vị có quyền không phải chịu bất kỳ hình thức hạn chế hoặc cách ly về thể chất nào có thể được sử dụng như một biện pháp cưỡng chế, ép buộc, kỷ luật, tạo thuận tiện hoặc trả thù.

Chúng tôi không được từ chối cung cấp dịch vụ cho quý vị hoặc trừng phạt quý vị vì quý vị đã thực thi quyền của mình.

- Để biết thêm thông tin hoặc nếu quý vị có mối lo ngại về việc phân biệt đối xử hoặc đối xử không công bằng, hãy gọi cho **Văn Phòng Dân Quyền** của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh theo số 1-800-368-1019 (TDD 1-800-537-7697). Quý vị cũng có thể truy cập http://www.hhs.gov/ocrđể biết thêm thông tin.

- Quý vị cũng có thể gọi cho Văn Phòng Dân Quyền tại địa phương của quý vị.

  Office for Civil Rights
  U.S. Department of Health and Human Services
  90 7th Street, Suite 4-100
  San Francisco, CA 94103
  Số Điện Thoại là 1-800-368-1019
  FAX 1-202-619-3818
  TDD 1-800-537-7697

- Nếu quý vị bị khuyết tật và cần trợ giúp về việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc hoặc nhà cung cấp, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên. Nếu quý vị có khiếu nại, ví dụ như vấn đề với việc tiếp cận dành cho xe lăn, bộ phận Dịch Vụ Thành Viên có thể trợ giúp.

C. Chúng tôi có trách nhiệm đảm bảo rằng quý vị được tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được bao trả

Nếu quý vị không nhận được lịch hẹn kịp thời để nhận các dịch vụ được bao trả và bác sĩ của quý vị không nghĩ rằng quý vị có thể đợi lâu hơn để được hẹn, quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của Cal MediConnect thuộc Health Net theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí, và họ có thể hỗ trợ quý vị. Nếu quý vị không thể nhận được dịch vụ trong khoảng thời gian hợp lý, chúng tôi phải chi trả cho dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.

Là thành viên trong chương trình của chúng tôi:

- Quý vị có quyền chọn Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (viết tắt trong tiếng Anh là PCP) trong mạng lưới của chúng tôi. *Nhà cung cấp trong mạng lưới* là nhà cung cấp làm việc với chúng tôi. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về lựa chọn PCP ở Chương 3.
  - Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc xem trong Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc để tìm hiểu về các nhà cung cấp trong mạng lưới và các bác sĩ đang tiếp nhận bệnh nhân mới.
- Phụ nữ có quyền tới gặp chuyên gia chăm sóc sức khỏe dành cho phụ nữ mà không cần giấy giới thiệu. Giấy giới thiệu là văn bản phê duyệt từ PCP của quý vị để thăm khám với người nào đó không phải là PCP của quý vị.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ được bao trả từ các nhà cung cấp trong mạng lưới trong khoảng thời gian hợp lý.
  - Điều này bao gồm quyền nhận các dịch vụ kịp thời từ các chuyên gia.

- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ chăm sóc khẩn thiết mà không cần sự phê duyệt trước.
- Quý vị có quyền mua thuốc theo toa bác sĩ của quý vị tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không bị trì hoãn lâu.
- Quý vị có quyền biết khi nào quý vị có thể thăm khám với nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu về các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, vui lòng xem Chương 3.
- Khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi lần đầu tiên, quý vị có quyền duy trì các nhà cung cấp hiện tại và những cho phép đối với dịch vụ mà quý vị đang sử dụng trong tối đa 12 tháng nếu đáp ứng một số điều kiện. Để biết thêm về việc duy trì các nhà cung cấp và những cho phép đối với dịch vụ mà quý vị đang sử dụng, hãy xem Chương 1.
- Quý vị có quyền tự chỉ đạo dịch vụ chăm sóc với sự giúp đỡ của nhóm chăm sóc và điều phối viên dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Chương 9 trình bày việc quý vị có thể làm nếu quý vị cho rằng mình không nhận được dịch vụ hoặc thuốc trong khoảng thời gian hợp lý. Chương 9 cũng trình bày việc quý vị có thể làm nếu chúng tôi từ chối khoản bao trả cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị và quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

D. Chúng tôi có trách nhiệm bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị (viết tắt trong tiếng Anh là PHI)

Chúng tôi bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (**viết tắt trong tiếng Anh là** PHI) của quý vị theo quy định của luật pháp tiểu bang và liên bang.

PHI của quý vị bao gồm thông tin quý vị đã cung cấp cho chúng tôi khi quý vị đăng ký tham gia chương trình này. Cũng bao gồm cả hồ sơ y tế và các thông tin y tế và sức khỏe khác của quý vị.

Quý vị có quyền nhận thông tin và kiểm soát cách sử dụng PHI của quý vị. Chúng tôi gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản cho biết về các quyền này và cũng giải thích cách thức chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư về PHI của quý vị. Thông báo này được gọi là “Thông Báo về Việc Thực Hiện Quyền Riêng Tư”

D1. Cách thức chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị

Chúng tôi đảm bảo rằng những người không được phép sẽ không được xem hoặc thay đổi hồ sơ của quý vị.

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi không cung cấp PHI của quý vị cho bất kỳ người nào đang không cung cấp hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Nếu chúng tôi làm vậy, chúng tôi phải nhận được sự cho phép bằng văn bản từ quý vị trước. Quý vị hoặc người có quyền hợp pháp để đưa ra quyết định thay cho quý vị có thể cung cấp sự cho phép bằng văn bản.

Có một số trường hợp trong đó chúng tôi không phải nhận sự cho phép bằng văn bản của quý vị trước. Các trường hợp ngoại lệ này được luật pháp cho phép hoặc quy định.

- Chúng tôi phải cung cấp PHI cho các cơ quan chính phủ đang kiểm tra chất lượng dịch vụ chăm sóc của chúng tôi.
- Chúng tôi phải cung cấp thông tin sức khỏe theo lệnh của tòa án.
- Chúng tôi phải cung cấp PHI của quý vị cho Medicare nếu Medicare tiết lộ PHI của quý vị để phục vụ mục đích nghiên cứu hoặc mục đích sử dụng khác, việc này sẽ được thực hiện theo luật pháp liên bang. Nếu chúng tôi chia sẻ thông tin của quý vị với Medi-Cal, việc này cũng sẽ được thực hiện theo pháp luật tiểu bang và liên bang.

D2. Quý vị có quyền xem hồ sơ y tế của mình

- Quý vị có quyền xem hồ sơ y tế của mình và nhận bản sao hồ sơ của mình. Chúng tôi được phép tính phí sao lại hồ sơ y tế của quý vị.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cập nhật hoặc chỉnh sửa hồ sơ y tế của mình. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thực hiện việc này, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định có cần thực hiện những thay đổi đó hay không.
- Quý vị có quyền được biết liệu PHI của mình có được chia sẻ với người khác hay không và cách chia sẻ như thế nào.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc mối lo ngại về quyền riêng tư đối với PHI của mình, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

Thông Báo về Việc Thực Hiện Quyền Riêng Tư của chúng tôi được liệt kê trong Chương 11, Mục I.

E. Chúng tôi có trách nhiệm cung cấp cho quý vị thông tin về chương trình, nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi, và các dịch vụ được bao trả của quý vị

Là thành viên của Health Net Cal MediConnect, quý vị có quyền nhận thông tin từ chúng tôi. Nếu quý vị không nói tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên giúp giải đáp bất kỳ thắc mắc nào quý vị có thể có về chương trình bảo hiểm y tế của chúng tôi. Để có thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Quý vị được miễn phí dịch vụ này. Quý vị cũng có thể nhận miễn phí sổ tay này bằng các ngôn ngữ dưới đây:

- Tiếng Ả Rập
- Tiếng Tây Ban Nha
- Tiếng Tagalog
- Tiếng Việt

Chúng tôi cũng có thể cung cấp thông tin cho quý vị bằng bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc dạng âm thanh.

Nếu quý vị muốn được cung cấp bất kỳ loại thông tin nào sau đây, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên:

- Cách lựa chọn hoặc thay đổi chương trình
- Chương trình của chúng tôi, bao gồm:
    - Thông tin tài chính
    - Chúng tôi đã được thành viên chương trình đánh giá như thế nào
    - Số lượng kháng nghị của thành viên
    - Cách rời khỏi chương trình của chúng tôi
- Thông tin về các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm**:**
    - Cách lựa chọn hoặc thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính
    - Trình độ chuyên môn của các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi
    - Cách chúng tôi thanh toán cho các nhà cung cấp trong mạng lưới

- Các dịch vụ và thuốc được bao trả và các quy tắc quý vị phải tuân thủ, bao gồm:
  - Các dịch vụ và thuốc được chương trình của chúng tôi bao trả
  - Các giới hạn đối với khoản bao trả và thuốc của quý vị
  - Các quy tắc quý vị phải tuân thủ để nhận các dịch vụ và thuốc được bao trả
- Lý do tại sao một số dịch vụ và thuốc không được bao trả và việc quý vị có thể làm để thay đổi điều này, bao gồm yêu cầu chúng tôi:
  - Cung cấp văn bản giải thích lý do tại sao một số dịch vụ và thuốc không được bao trả
  - Thay đổi quyết định chúng tôi đã đưa ra
  - Thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận được

F. Nhà cung cấp trong mạng lưới không được tính hóa đơn trực tiếp cho quý vị

Bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chúng tôi không được yêu cầu quý vị thanh toán cho các dịch vụ được bao trả. Họ cũng không được tính phí cho quý vị nếu chúng tôi trả số tiền thấp hơn số tiền nhà cung cấp tính phí. Để biết cần làm gì nếu một nhà cung cấp trong mạng lưới cố tình tính phí các dịch vụ được bao trả cho quý vị, vui lòng xem Chương 7.

G. Quý vị có quyền rời khỏi Chương Trình Cal MediConnectcủa chúng tôi.

Không ai có thể bắt quý vị ở lại chương trình của chúng tôi nếu quý vị không muốn.

- Quý vị có quyền nhận hầu hết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị qua Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage.
- Quý vị có thể nhận phúc lợi thuốc theo toa bác sĩ Medicare Part D từ một chương trình thuốc theo toa bác sĩ hoặc từ một chương trình Medicare Advantage. Phúc lợi Medi-Cal của quý vị sẽ tiếp tục được cung cấp qua Health Net Community Solutions, Inc. trừ khi quý vị chọn một chương trình khác sẵn có trong hạt này.
- Xem Chương 10 để biết thêm thông tin về khi nào quý vị có thể tham gia chương trình Medicare Advantage hoặc chương trình phúc lợi thuốc theo toa bác sĩ mới.

H. Quý vị có quyền ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị

H1. Quý vị có quyền biết về các tùy chọn điều trị và đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị

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

- **Biết về các lựa chọn dành cho mình.** Quý vị có quyền được cho biết về tất cả các loại phương pháp điều trị.
- **Biết về các nguy cơ.** Quý vị có quyền được cho biết về bất kỳ nguy cơ nào có liên quan. Quý vị phải được cho biết trước nếu có bất kỳ dịch vụ hoặc biện pháp điều trị nào nằm trong thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị luôn có quyền từ chối các biện pháp điều trị mang tính thử nghiệm.
- **Nhận được ý kiến thứ cấp.** Quý vị có quyền thăm khám với bác sĩ khác trước khi quyết định điều trị.
- **Từ chối.** Quý vị luôn có quyền từ chối bất kỳ biện pháp điều trị nào. Điều này bao gồm quyền được rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ khuyên quý vị không nên rời khỏi. Quý vị cũng có quyền ngừng sử dụng thuốc theo toa bác sĩ. Nếu quý vị từ chối việc điều trị hoặc ngừng sử dụng thuốc theo toa bác sĩ, quý vị sẽ không bị loại khỏi chương trình của chúng tôi. Tuy nhiên, nếu quý vị từ chối việc điều trị hoặc ngừng sử dụng thuốc, quý vị phải chịu hoàn toàn trách nhiệm cho những gì có thể xảy ra đối với quý vị.
- **Yêu cầu chúng tôi giải thích lý do tại sao nhà cung cấp từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc.** Quý vị có quyền được chúng tôi giải thích nếu nhà cung cấp từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị cho rằng mình phải được nhận.
- **Yêu cầu chúng tôi bao trả cho một dịch vụ hoặc loại thuốc đã bị từ chối bao trả hoặc thường không được bao trả.** Đây được gọi là quyết định bao trả. Chương 9 trình bày cách yêu cầu chương trình ra quyết định bao trả.

H2. Quý vị có quyền trình bày điều mình muốn nếu quý vị không thể tự ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân

Đôi khi, mọi người không thể tự ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân. Trước khi điều đó xảy ra với quý vị, quý vị có thể:

- Điền vào mẫu đơn bằng văn bản để **trao cho một người nào đó quyền ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị**.
- **Trao cho bác sĩ của quý vị văn bản hướng dẫn** về cách quý vị muốn họ xử lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình nếu quý vị trở nên không thể tự ra quyết định cho bản thân.

Văn bản pháp lý mà quý vị có thể sử dụng để đưa ra các chỉ thị của quý vị được gọi là *chỉ thị trước*. Có các loại chỉ thị trước khác nhau với tên gọi khác nhau cho chúng. Các ví dụ của chỉ thị trước là *ý nguyện điều trị* và *giấy ủy quyền về dịch vụ chăm sóc sức khỏe*.

Quý vị không bắt buộc phải sử dụng chỉ thị trước nhưng quý vị có thể sử dụng nếu muốn. Sau đây là những việc cần làm:

- **Nhận mẫu đơn.** Quý vị có thể nhận mẫu đơn từ bác sĩ của quý vị, luật sư, cơ quan dịch vụ pháp lý, hoặc nhân viên xã hội, các Tổ Chức cung cấp cho người dân thông tin về Medicare hoặc Medi-Cal chẳng hạn như HICAP (Chương Trình Health Insurance and Counseling Advocacy Program) cũng có thể có mẫu đơn chỉ thị trước.
- **Điền đầy đủ và ký vào mẫu đơn.** Mẫu đơn này là tài liệu pháp lý. Quý vị cần cân nhắc việc nhờ luật sư giúp lập mẫu đơn này.
- **Cung cấp bản sao cho những người cần biết về mẫu đơn này.** Quý vị cần cung cấp bản sao của mẫu đơn cho bác sĩ của mình. Quý vị cũng cần cung cấp bản sao của mẫu đơn cho người quý vị chỉ định là người sẽ ra quyết định cho quý vị. Quý vị cũng có thể muốn cung cấp bản sao cho bạn thân hoặc thành viên gia đình. Hãy nhớ giữ một bản sao tại nhà.
- Nếu quý vị có kế hoạch nhập viện và đã ký chỉ thị trước, **hãy đem theo bản sao tới bệnh viện**.
    - Bệnh viện sẽ hỏi quý vị đã ký mẫu đơn chỉ thị trước hay chưa và có đem theo không.
    - Nếu quý vị chưa ký mẫu đơn chỉ thị trước, bệnh viện có thể cung cấp mẫu đơn và sẽ hỏi liệu quý vị có muốn ký một mẫu đơn không.

Hãy nhớ rằng, việc điền hay không điền vào chỉ thị trước là lựa chọn của quý vị.

H3. Cần làm gì nếu hướng dẫn của quý vị không được tuân thủ

Nếu quý vị đã ký vào chỉ thị trước và cho rằng bác sĩ hoặc bệnh viện đã không tuân thủ các hướng dẫn trong đó, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên Văn Phòng Dân Quyền tại địa phương của mình.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Số điện thoại là 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)

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

Chương 9 của sổ tay này trình bày việc quý vị có thể làm nếu quý vị có bất kỳ vấn đề hoặc mối lo ngại nào về các dịch vụ hoặc chăm sóc được bao trả của quý vị. Ví dụ như quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả, kháng nghị để thay đổi một quyết định bao trả hoặc khiếu nại.

Quý vị có quyền nhận được thông tin về kháng nghị và khiếu nại mà các thành viên khác đã nộp lên với chương trình của chúng tôi. Để nhận thông tin này, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

I1. Cần làm gì nếu quý vị cho rằng mình đang bị đối xử không công bằng hoặc quyền của quý vị đang không được tôn trọng

Nếu quý vị cho rằng quý vị bị đối xử không công bằng — và **không** phải là về phân biệt đối xử vì những lý do được liệt kê ở trang 151 — quý vị có thể nhận giúp đỡ theo những cách sau đây:

- Bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.
- Chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (viết tắt trong tiếng Anh là HICAP). Để biết thông tin chi tiết về tổ chức này và cách thức liên lạc, vui lòng xem Chương 2.
- Chương trình Cal MediConnect Ombuds Program. Để biết thông tin chi tiết về tổ chức này và cách thức liên lạc, vui lòng xem Chương 2.
- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

I2. Cách nhận thêm thông tin về các quyền của quý vị

Có một số cách để nhận thêm thông tin về quyền của quý vị:

- Gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.
- Gọi đến chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (viết tắt trong tiếng Anh là HICAP) tại địa phương của quý vị. Để biết thông tin chi tiết về tổ chức này và cách thức liên lạc, vui lòng xem Chương 2.
- Gọi đến chương trình Cal MediConnect Ombuds Program. Để biết thông tin chi tiết về tổ chức này và cách thức liên lạc, vui lòng xem Chương 2.
- **Liên lạc với Medicare.**
  - Truy cập vào trang web của Medicare để đọc hoặc tải xuống ấn phẩm “Medicare Rights & Protections.” () https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf), hoặc
  - Hãy gọi tới 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

J. Quý vị có quyền đưa ra các khuyến nghị cho chính sách của chúng tôi về quyền và trách nhiệm của thành viên

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc hoặc mối lo ngại nào về các quyền và trách nhiệm hoặc nếu quý vị có đề xuất để cải thiện chính sách về quyền của thành viên của chúng tôi, hãy chia sẻ quan điểm của quý vị với chúng tôi bằng cách liên lạc với bộ phận dịch vụ thành viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

K. Đánh giá các công nghệ mới và hiện tại

Các công nghệ mới bao gồm thủ thuật, thuốc, sản phẩm sinh học hoặc thiết bị được phát triển gần đây cho việc điều trị các bệnh hoặc tình trạng cụ thể, hoặc ứng dụng mới của các thủ thuật, thuốc, sản phẩm sinh học và thiết bị hiện có. Chương trình của chúng tôi tuân theo Các Xác Định Bao Trả Địa Phương và Quốc Gia của Medicare khi được áp dụng.

Khi không có xác định bao trả của Medicare, chương trình của chúng tôi đánh giá công nghệ mới hoặc ứng dụng mới của các công nghệ hiện có để đưa vào các chương trình phúc lợi hiện hành nhằm đảm bảo các thành viên được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc an toàn và hiệu quả bằng cách thực hiện một thẩm định quan trọng về các tài liệu y khoa được công bố hiện tại từ các ấn phẩm được đánh giá bởi đồng nghiệp, bao gồm đánh giá hệ thống, thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, nghiên cứu thuần tập, nghiên cứu đối chứng trường hợp, nghiên cứu thử nghiệm chẩn đoán với kết quả có ý nghĩa thống kê chứng minh độ an toàn và tính hiệu quả và xem xét các hướng dẫn dựa trên bằng chứng được phát triển bởi các tổ chức quốc gia và các cơ quan được công nhận. Chương trình của chúng tôi cũng xem xét các ý kiến, khuyến nghị và đánh giá của các bác sĩ hành nghề, các hiệp hội y tế được công nhận trên toàn quốc bao gồm Hội Bác Sĩ Chuyên Khoa, ban đồng thuận, hoặc các tổ chức đánh giá, nghiên cứu hoặc công nghệ được công nhận trên toàn quốc khác, các báo cáo và công bố của các cơ quan chính phủ (ví dụ: Cục Quản Lý Dược Phẩm và Thực Phẩm [viết tắt trong tiếng Anh là FDA], Trung Tâm Kiểm Soát Bệnh Tật [viết tắt trong tiếng Anh là CDC], Viện Y Tế Quốc Gia [viết tắt trong tiếng Anh là NIH]).

L. Trách nhiệm của quý vị với tư cách là thành viên của chương trình

Là thành viên của chương trình, quý vị có trách nhiệm thực hiện những việc được liệt kê bên dưới. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

- **Hãy đọc *Sổ Tay Thành Viên*** để tìm hiểu về những mục được bao trả và các quy tắc quý vị cần tuân thủ để nhận dịch vụ và thuốc được bao trả của mình. Để biết thông tin chi tiết về:
    - Dịch vụ được bao trả của quý vị, vui lòng xem Chương 3 và 4. Các chương này cho quý vị biết những dịch vụ nào được bao trả, những dịch vụ nào không được bao trả, những quy tắc nào quý vị cần phải tuân thủ và số tiền quý vị trả.
    - Thuốc được bao trả của quý vị, vui lòng xem Chương 5 và 6.
- **Cho chúng tôi biết về bất kỳ khoản bao trả bảo hiểm y tế hoặc khoản bao trả thuốc theo toa bác sĩ nào khác mà quý vị nhận được.** Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị đang sử dụng tất cả các tùy chọn bao trả của mình khi nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khoản bao trả khác, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.
- **Cho bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị** biết về việc quý vị đã đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi. Trình Thẻ ID Thành Viên của quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận dịch vụ hoặc thuốc.

- **Hãy giúp các bác sĩ** và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt nhất cho quý vị.
    - Cung cấp thông tin họ cần về quý vị và sức khỏe của quý vị. Tìm hiểu nhiều nhất có thể về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Tuân theo các kế hoạch và hướng dẫn điều trị mà quý vị và nhà cung cấp của quý vị đã nhất trí thực hiện.
    - Đảm bảo rằng các bác sĩ và các nhà cung cấp khác của quý vị biết về tất cả các loại thuốc quý vị đang sử dụng. Bao gồm thuốc theo toa bác sĩ, thuốc mua tự do không cần toa, vitamin và thuốc bổ.
    - Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, hãy đặt câu hỏi. Các bác sĩ và nhà cung cấp khác của quý vị phải giải thích mọi thứ theo cách quý vị có thể hiểu được. Nếu quý vị đặt câu hỏi và không hiểu câu trả lời, hãy hỏi lại.
- **Hãy quan tâm tới người khác.** Chúng tôi mong muốn tất cả các thành viên của mình sẽ tôn trọng quyền của các bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng mong muốn quý vị cư xử với sự tôn trọng tại văn phòng bác sĩ của quý vị, bệnh viện và các văn phòng của nhà cung cấp khác.
- **Thanh toán các khoản quý vị phải thanh toán.** Là thành viên chương trình, quý vị có trách nhiệm thanh toán các khoản sau:
    - Phí bảo hiểm Medicare Part A và Medicare Part B. Với hầu hết các thành viên của Health Net Cal MediConnect, Medi-Cal trả cho phí bảo hiểm Part A và phí bảo hiểm Part B của quý vị.
    - Nếu quý vị có phần đồng trả chi phí với chương trình Medi-Cal, quý vị sẽ có trách nhiệm trả phần đồng trả chi phí của mình trước khi Health Net Cal MediConnect trả cho các dịch vụ được Medi-Cal bao trả của quý vị.
    - Đối với một số loại thuốc của quý vị được chương trình bao trả, quý vị phải thanh toán phần đồng trả chi phí của mình khi nhận thuốc. Khoản này sẽ là khoản đồng thanh toán (khoản tiền ấn định) Chương 6 trình bày những khoản quý vị phải thanh toán cho thuốc của mình.
    - **Nếu quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc nào không được chương trình của chúng tôi bao trả, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí.**
    - Nếu quý vị không đồng ý với quyết định không bao trả cho một dịch vụ hoặc thuốc của chúng tôi, quý vị có thể kháng nghị. Vui lòng xem Chương 9 để tìm hiểu về cách kháng nghị.

- **Cho chúng tôi biết nếu quý vị chuyển đi.** Nếu quý vị có ý định chuyển đi, điều quan trọng là phải cho chúng tôi biết ngay. Gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.
    - **Nếu quý vị di chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi, quý vị không thể ở lại trong chương trình này.** Chỉ những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi mới có thể tham gia Health Net Cal MediConnect Health Net Cal MediConnect. Chương 1 trình bày về khu vực dịch vụ của chúng tôi. Chúng tôi có thể giúp quý vị xác định việc quý vị có đang chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi hay không. Trong giai đoạn đăng ký đặc biệt, quý vị có thể chuyển sang Original Medicare hoặc đăng ký tham gia một chương trình bảo hiểm y tế hoặc thuốc theo toa bác sĩ của Medicare ở địa điểm mới của quý vị. Chúng tôi có thể cho quý vị biết nếu chúng tôi có chương trình trong khu vực mới của quý vị.
    - Ngoài ra, hãy đảm bảo báo cho Medicare và Medi-Cal biết địa chỉ mới của quý vị khi quý vị chuyển đi. Xem Chương 2 để biết các số điện thoại của Medicare và Medi-Cal.
    - **Nếu quý vị chuyển đi trong khu vực dịch vụ của chúng tôi, chúng tôi vẫn cần được biết.** Chúng tôi cần phải cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị và biết cách liên lạc với quý vị.
- Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để được giúp đỡ nếu quý vị có thắc mắc hoặc mối lo ngại.

Chương 9: Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại (các quyết định, kháng nghị, và khiếu nại về bao trả)

Chương này có những thông tin gì?

Chương này có thông tin về các quyền của quý vị. Hãy đọc chương này để biết cần làm gì nếu:

- Quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại về chương trình của quý vị.
- Quý vị cần có dịch vụ, vật dụng hoặc dược phẩm mà chương trình của quý vị cho biết sẽ không chi trả.
- Quý vị không đồng ý với quyết định được chương trình của quý vị đưa ra về dịch vụ chăm sóc cho quý vị.
- Quý vị cho rằng các dịch vụ được bao trả của quý vị kết thúc quá sớm.
- Quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại về các Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn của mình, bao gồm Chương Trình Multipurpose Senior Services Program (viết tắt trong tiếng Anh là MSSP), Các Dịch Vụ cho Người Lớn tại Cộng Đồng (viết tắt trong tiếng Anh là CBAS) và Dưỡng Đường (viết tắt trong tiếng Anh là NF).

Nếu quý vị có vấn đề hoặc mối lo ngại, quý vị chỉ cần đọc các phần áp dụng cho trường hợp của mình trong chương này. Chương này được chia thành các mục khác nhau để giúp quý vị dễ dàng thấy thông tin mà quý vị đang tìm kiếm.

Nếu quý vị đang gặp vấn đề với sức khỏe của quý vị hoặc các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của quý vị

Quý vị cần nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thuốc và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn được bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp khác xác định là cần thiết cho dịch vụ chăm sóc của quý vị như là một phần trong kế hoạch chăm sóc của quý vị. **Nếu quý vị đang gặp vấn đề với dịch vụ chăm sóc của quý vị, quý vị có thể gọi cho chương trình Cal MediConnect Ombuds Program theo số 1-888-452-8609 để được giúp đỡ.** Chương này sẽ giải thích các tùy chọn khác nhau mà quý vị có dành cho các vấn đề và khiếu nại khác nhau, nhưng quý vị luôn có thể gọi cho chương trình Cal MediConnect Ombuds Program để giúp hướng dẫn quý vị xử lý vấn đề của mình. Xem Chương 2 để biết thêm thông tin về chương trình thanh tra để tìm nguồn bổ sung nhằm giải quyết mối lo ngại của quý vị và cách liên lạc với chương trình.

Mục Lục

Chương này có những thông tin gì? 169

Nếu quý vị đang gặp vấn đề với sức khỏe của quý vị hoặc các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của quý vị 169

Mục 1: Giới thiệu 172

Mục 1.1: Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề 172

Mục 1.2: Về các thuật ngữ pháp lý thì sao? 172

Mục 2: Nơi yêu cầu trợ giúp 172

Mục 2.1: Nơi nhận thêm thông tin và trợ giúp 172

Mục 3: Các vấn đề về phúc lợi của quý vị 174

Mục 3.1: Quý vị có cần sử dụng quy trình ra quyết định bao trả và kháng nghị không? Hoặc quý vị có muốn khiếu nại không? 174

Mục 4: Quyết định bao trả và kháng nghị 174

Mục 4.1: Tổng quan về quyết định bao trả và kháng nghị 174

Mục 4.2: Nhận sự trợ giúp về quyết định bao trả và kháng nghị 175

Mục 4.3: Mục nào trong chương này sẽ trợ giúp cho quý vị? 176

Mục 5: Các vấn đề về dịch vụ, vật dụng và thuốc (không phải thuốc Part D) 178

Mục 5.1: Khi nào sử dụng mục này 178

Mục 5.2: Yêu cầu quyết định bao trả 179

Mục 5.3: Kháng Nghị Cấp 1 đối với các dịch vụ, vật dụng và các loại thuốc (không phải là thuốc Part D) 182

Mục 5.4: Kháng Nghị Cấp 2 đối với các dịch vụ, vật dụng và các loại thuốc (không phải là thuốc Part D) 187

Mục 5.5: Các vấn đề về thanh toán 193

Mục 6: Thuốc Part D 195

Mục 6.1: Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề khi nhận thuốc Part D hoặc muốn chúng tôi hoàn lại tiền cho thuốc Part D của quý vị 195

Mục 6.2: Trường hợp ngoại lệ là gì? 197

Mục 6.3: Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ 198

Mục 6.4: Cách yêu cầu ra quyết định bao trả về thuốc Part D hoặc bồi hoàn cho thuốc Part D, bao gồm trường hợp ngoại lệ 199

Mục 6.5: Kháng Nghị Cấp 1 đối với các thuốc Part D 203

Mục 6.6: Kháng Nghị Cấp 2 đối với các thuốc Part D 206

Mục 7: Yêu cầu chúng tôi bao trả cho việc nằm viện lâu hơn 207

Mục 7.1: Tìm hiểu về các quyền của quý vị trong Medicare 208

Mục 7.2: Kháng Nghị Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị 209

Mục 7.3: Kháng Nghị Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị 212

Mục 7.4: Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi bỏ lỡ thời hạn kháng nghị? 213

Mục 8: Việc cần làm nếu quý vị cho rằng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ của Cơ Sở Chăm Sóc Ngoại Trú Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện (viết tắt trong tiếng Anh là CORF) kết thúc quá sớm 215

Mục 8.1: Chúng tôi sẽ báo trước cho quý vị khi khoản bao trả của quý vị sắp chấm dứt 215

Mục 8.2: Kháng Nghị Cấp 1 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị 216

Mục 8.3: Kháng Nghị Cấp 2 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị 218

Mục 8.4: Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn tiến hành Kháng Nghị Cấp 1? 220

Mục 9: Chuyển kháng nghị của quý vị lên cấp cao hơn Cấp 2 222

Mục 9.1: Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và vật dụng của Medicare 222

Mục 9.2: Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và vật dụng của Medi-Cal 222

Mục 10: Cách thức khiếu nại 223

Mục 10.1: Khiếu nại nội bộ 225

Mục 10.2: Khiếu nại bên ngoài 227

Mục 1: Giới thiệu

• Mục 1.1: Cần làm gì nếu quý vị có vấn đề

Chương này sẽ cho quý vị biết việc cần làm nếu quý vị có vấn đề với chương trình hoặc với các dịch vụ hay khoản thanh toán của quý vị. Medicare và Medi-Cal đã phê duyệt các quy trình này. Mỗi quy trình có một bộ các quy tắc, thủ tục và thời hạn phải được chúng tôi và quý vị tuân theo.

• Mục 1.2: Về các thuật ngữ pháp lý thì sao?

Có các thuật ngữ pháp lý khó đối với một số quy tắc và thời hạn trong chương này. Nhiều thuật ngữ trong số này có thể khó hiểu, bởi vậy chúng tôi đã sử dụng các từ ngữ đơn giản hơn thay cho một số thuật ngữ pháp lý. Chúng tôi sử dụng chữ viết tắt ít nhất có thể.

Ví dụ như chúng tôi sẽ nói:

- “Khiếu nại” thay vì “nộp lời than phiền”
- “Quyết định bao trả” thay vì “xác định của tổ chức”, “xác định phúc lợi”, hoặc “xác định theo rủi ro,” “xác định bao trả”
- “Quyết định bao trả nhanh” thay vì “xác định được giải quyết nhanh”

Việc biết các thuật ngữ pháp lý chính xác có thể giúp quý vị truyền đạt thông tin rõ ràng hơn, vì vậy, chúng tôi cũng cung cấp “những thuật ngữ đó”.

Mục 2: Nơi yêu cầu trợ giúp

• Mục 2.1: Nơi nhận thêm thông tin và trợ giúp

Đôi khi việc bắt đầu hoặc theo sát quy trình giải quyết vấn đề có thể gây lúng túng. Điều này có thể đặc biệt đúng khi quý vị cảm thấy không khỏe hoặc thiếu sinh lực. Trong trường hợp khác, quý vị có thể không có kiến thức cần thiết để thực hiện bước tiếp theo.

Quý vị có thể nhận được sự giúp đỡ từ chương trình Cal MediConnect Ombuds Program

Nếu quý vị cần trợ giúp, quý vị luôn có thể gọi cho chương trình Cal MediConnect Ombuds Program. Chương trình Cal MediConnect Ombuds Prgram là một chương trình thanh tra có thể giải đáp các thắc mắc của quý vị và giúp quý vị hiểu cần làm gì để giải quyết vấn đề của quý vị. Chương trình Cal MediConnect Ombuds Program không liên kết với chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào. Họ có thể giúp quý vị hiểu phải sử dụng quy trình nào. Số điện thoại của chương trình Cal MediConnect Ombuds Program là 1-888-452-8609

(TTY: 1-855-847-7914). Các dịch vụ được cung cấp miễn phí. Xem Chương 2, Mục I để biết thêm thông tin về chương trình thanh tra.

Quý vị có thể nhận trợ giúp từ chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program

Quý vị cũng có thể gọi đến chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (viết tắt trong tiếng Anh là HICAP). Các tư vấn viên của HICAP có thể trả lời thắc mắc của quý vị và giúp quý vị hiểu việc cần làm để giải quyết vấn đề của quý vị. HICAP không liên kết với chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào. HICAP có các tư vấn viên được đào tạo ở mỗi hạt và các dịch vụ là miễn phí. Số điện thoại của HICAP là 1-858-565-8772.

Nhận trợ giúp từ Medicare

Quý vị có thể gọi trực tiếp cho Medicare để được trợ giúp về các vấn đề. Sau đây là hai cách để nhận trợ giúp từ Medicare:

- Hãy gọi tới 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. TTY: 1-877-486-2048. Cuộc gọi này miễn phí.
- Hãy truy cập vào trang web của Medicare theo địa chỉ http://www.medicare.gov.

Quý vị có thể nhận được sự trợ giúp từ Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của Tiểu Bang California

Đoạn dưới đây là tiết lộ bắt buộc theo mục 1368.02(b) của Bộ Luật Sức Khỏe & An Toàn của California. Trong đoạn này, thuật ngữ “lời than phiền” có nghĩa là kháng nghị hoặc khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal, chương trình bảo hiểm y tế của quý vị, hoặc một trong số các nhà cung cấp.

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý của Tiểu Bang California có trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có lời than phiền về chương trình bảo hiểm y tế của mình, trước tiên quý vị cần gọi điện cho chương trình bảo hiểm y tế theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi là miễn phí và sử dụng quy trình than phiền của chương trình bảo hiểm y tế trước khi liên lạc với sở. Việc sử dụng thủ tục than phiền này không cản trở bất kỳ quyền hợp pháp có thể có hay biện pháp khắc phục có khả năng có sẵn nào dành cho quý vị. Nếu quý vị cần giúp đỡ về than phiền liên quan đến trường hợp cấp cứu, than phiền chưa được chương trình bảo hiểm y tế của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc than phiền vẫn chưa được giải quyết trong hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi cho sở để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện cho Đánh Giá Y Tế Độc Lập (viết tắt trong tiếng Anh là IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện yêu cầu IMR, quy trình IMR sẽ cung cấp đánh giá khách quan về các quyết định y tế được chương trình bảo hiểm y tế đưa ra liên quan tới tính cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc điều trị được đề xuất, các quyết định về khoản bao trả đối với điều trị mang tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu cũng như các tranh chấp về thanh toán đối

với các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn phí **(1-888-HMO-2219)** và đường dây TDD **(1-877-688-9891)** dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang Web Internet của sở **http://www.hmohelp.ca.gov** có sẵn các mẫu đơn khiếu nại, các mẫu đơn IMR và các hướng dẫn trực tuyến.

Mục 3: Các vấn đề về phúc lợi của quý vị

• Mục 3.1: Quý vị có cần sử dụng quy trình ra quyết định bao trả và kháng nghị không? Hoặc quý vị có muốn khiếu nại không?

Nếu quý vị có vấn đề hoặc mối lo ngại, quý vị chỉ cần đọc các phần áp dụng cho trường hợp của mình trong chương này. Bảng bên dưới sẽ giúp quý vị tìm đúng mục trong chương này dành cho các vấn đề hoặc khiếu nại.

Có phải quý vị có vấn đề hoặc mối lo ngại về phúc lợi hoặc khoản bao trả của quý vị hay không?

(Điều này bao gồm các vấn đề về việc liệu dịch vụ chăm sóc y tế, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, hoặc thuốc theo toa bác sĩ cụ thể có được bao trả hay không, cách các dịch vụ này được bao trả và các vấn đề liên quan đến việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa bác sĩ.)

Có.	**Không.**
Tôi có vấn đề về phúc lợi hoặc khoản bao trả.	Vấn đề của tôi không phải về phúc lợi hoặc khoản bao trả.
Đi đến **Mục 4, "Quyết định bao trả và kháng nghị."** trên trang 167.	Đến thẳng **Mục 10**: **"Cách khiếu nại."** trên trang 213.

Mục 4: Quyết định bao trả và kháng nghị

• Mục 4.1: Tổng quan về quyết định bao trả và kháng nghị

Quy trình yêu cầu quyết định bao trả và kháng nghị giải quyết các vấn đề liên quan đến phúc lợi và khoản bao trả của quý vị. Quy trình này cũng gồm cả các vấn đề liên quan đến thanh toán. Quý vị không phải chịu trách nhiệm đối với các chi phí của Medicare ngoại trừ các khoản đồng thanh toán Part D.

Quyết định bao trả là gì?

Quyết định bao trả là quyết định ban đầu chúng tôi đưa ra về phúc lợi và khoản bao trả hoặc về khoản tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ y tế, vật dụng hoặc thuốc của quý vị. Chúng tôi ra quyết định bao trả bất cứ khi nào chúng tôi quyết định quý vị được bao trả dịch vụ nào và số tiền chúng tôi phải trả.

Nếu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị không chắc chắn liệu Medicare hoặc Medi-Cal có bao trả cho một dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc hay không, một trong hai người có thể yêu cầu quyết định bao trả trước khi bác sĩ của quý vị cung cấp dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc đó.

Kháng nghị là gì?

Kháng nghị là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi quyết định của mình nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã làm sai. Ví dụ: chúng tôi có thể quyết định một dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc mà quý vị muốn không được hoặc không còn được Medicare hoặc Medi-Cal bao trả. Nếu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể kháng nghị.

• Mục 4.2: Nhận sự trợ giúp về quyết định bao trả và kháng nghị

Tôi có thể gọi cho ai để được trợ giúp yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị?

Quý vị có thể yêu cầu bất kỳ ai trong số những người này để được trợ giúp:

- Gọi cho **bộ phận Dịch Vụ Thành Viên** theo số điện thoại 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.
- Gọi cho chương trình **Cal MediConnect Ombuds Program** để được trợ giúp miễn phí. Chương trình Cal MediConnect Ombuds Program trợ giúp những người được đăng ký vào Cal MediConnect có vấn đề về hóa đơn hoặc dịch vụ. Số điện thoại là 1-888-452-8609.
- Gọi cho **chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (viết tắt trong tiếng Anh là HICAP)** để được trợ giúp miễn phí. HICAP là một tổ chức độc lập. Tổ chức này không liên kết với chương trình này. Số điện thoại là 1-858-565-8772.
- Hãy gọi **Trung Tâm Trợ Giúp của Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (viết tắt trong tiếng Anh là DMHC)** để được hỗ trợ miễn phí. DMHC chịu trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm y tế. DMHC hỗ trợ những người đã đăng ký Cal MediConnect có các kháng nghị về dịch vụ Medi-Cal hoặc vấn đề tính hóa đơn. Số điện thoại là 1-888-466-2219. Các cá nhân bị khiếm thính, lãng tai hoặc khiếm ngôn có thể sử dụng số điện thoại TDD miễn phí, 1-877-688-9891.
- Trao đổi với **bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị**. Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị.

- Trao đổi với **bạn bè hoặc thành viên gia đình** và yêu cầu người đó hành động thay cho quý vị. Quý vị có thể chỉ định một người khác hành động thay quý vị với vai trò là "người đại diện" của quý vị để yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng nghị.
    - Nếu quý vị muốn bạn bè, người thân hoặc một người khác làm người đại diện của mình, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên và yêu cầu mẫu đơn "Chỉ Định Người Đại Diện". Quý vị cũng có thể lấy mẫu đơn này trên trang web của Medicare tại địa chỉ https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ https://www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals_and_grievances.action. Mẫu đơn này cho phép người đó hành động thay quý vị. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi bản sao mẫu đơn đã ký.
- **Quý vị cũng có quyền yêu cầu luật sư** hành động thay cho mình. Quý vị có thể gọi cho luật sư riêng hoặc hỏi tên luật sư từ hội luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Một số nhóm pháp lý sẽ cung cấp dịch vụ pháp lý miễn phí cho quý vị nếu quý vị đủ tiêu chuẩn. Nếu quý vị muốn có một luật sư đại diện cho mình, quý vị sẽ cần phải điền vào mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện.
    - Tuy nhiên, **quý vị không cần phải thuê luật sư** để yêu cầu bất kỳ loại quyết định bao trả nào hoặc kháng nghị.

• Mục 4.3: Mục nào trong chương này sẽ trợ giúp cho quý vị?

Có bốn loại trường hợp khác nhau liên quan đến quyết định bao trả và kháng nghị. Mỗi trường hợp có các quy tắc và thời hạn khác nhau. Chúng tôi chia chương này thành các mục khác nhau để giúp quý vị tìm thấy các quy tắc mà quý vị cần phải tuân thủ. **Quý vị chỉ cần đọc mục áp dụng cho vấn đề của quý vị:**

- **Mục 5 trên trang 170** cung cấp cho quý vị thông tin nếu quý vị có vấn đề về các dịch vụ, vật dụng và thuốc (nhưng không phải thuốc Part D). Ví dụ như hãy sử dụng mục này nếu:
    - Quý vị không nhận được dịch vụ chăm sóc y tế mà mình muốn và quý vị cho rằng chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ chăm sóc này.
    - Chúng tôi không phê duyệt dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc mà bác sĩ của quý vị muốn cung cấp cho quý vị và quý vị cho rằng dịch vụ chăm sóc này cần được bao trả.
    - **LƯU Ý:** Chỉ sử dụng Mục 5 nếu đây là các loại thuốc **không** được Part D bao trả. Những loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* có ký hiệu "NT" thì không được Part D bao trả. Xem Mục 6 trên trang 186 về các kháng nghị thuốc Part D.
    - Quý vị đã nhận dịch vụ chăm sóc y tế hoặc các dịch vụ mà quý vị cho rằng cần được bao trả, tuy nhiên chúng tôi sẽ không chi trả cho dịch vụ chăm sóc này.

- Quý vị đã nhận và thanh toán các dịch vụ hoặc vật dụng y tế mà quý vị cho rằng được bao trả và quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị.
- Quý vị đang được thông báo rằng khoản bao trả cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị đang nhận sẽ bị giảm hoặc chấm dứt và quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.
  - **LƯU Ý:** Nếu khoản bao trả sẽ bị chấm dứt dành cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, dịch vụ chăm sóc tại dưỡng đường chuyên môn hoặc dịch vụ tại Cơ Sở Chăm Sóc Ngoại Trú Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện (viết tắt trong tiếng Anh là CORF), quý vị cần đọc một mục riêng trong chương này bởi vì có các quy tắc đặc biệt áp dụng cho các loại dịch vụ chăm sóc này. Xem Mục 7 và 8 trên các trang 199 và 205.

- **Mục 6 trên** trang 186 cung cấp cho quý vị thông tin về các loại thuốc Part D. Ví dụ như hãy sử dụng mục này nếu:
  - Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi đưa ra trường hợp ngoại lệ để bao trả cho một loại thuốc Part D không có trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* (Danh Sách Thuốc) của chương trình.
  - Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi miễn trừ các giới hạn về số lượng thuốc quý vị có thể nhận được.
  - Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi bao trả cho loại thuốc cần phải có sự phê duyệt trước.
  - Chúng tôi đã không phê duyệt yêu cầu hoặc trường hợp ngoại lệ của quý vị và quý vị hay bác sĩ của quý vị hay người kê toa khác cho rằng chúng tôi đáng lẽ nên phê duyệt.
  - Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi thanh toán thuốc theo toa bác sĩ mà mình đã mua. (Đây là yêu cầu cho một quyết định bao trả về thanh toán.)
- **Mục 7 trên trang 199** cung cấp cho quý vị thông tin về cách yêu cầu chúng tôi bao trả cho việc nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng bác sĩ cho quý vị xuất viện quá sớm. Sử dụng mục này nếu:
  - Quý vị đang nằm viện và cho rằng bác sĩ đã yêu cầu quý vị xuất viện quá sớm.
- **Mục 8 trên trang 205** cung cấp cho quý vị thông tin trong trường hợp quý vị cho rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (viết tắt trong tiếng Anh là CORF) của quý vị kết thúc quá sớm.

Nếu quý vị không chắc chắn mình nên sử dụng mục nào, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

Hãy gọi cho chương trình Cal MediConnect Ombuds Program theo số điện thoại 1-888-452-8609, nếu quý vị cần trợ giúp hoặc thông tin khác.

Mục 5: Các vấn đề về dịch vụ, vật dụng và thuốc (không phải thuốc Part D)

• Mục 5.1: Khi nào sử dụng mục này

Mục này trình bày về những việc cần làm nếu quý vị có vấn đề với các phúc lợi về dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe hành vi và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (viết tắt trong tiếng Anh là LTSS). Quý vị cũng có thể sử dụng mục này cho các vấn đề về thuốc không được Part D bao trả. Những loại thuốc có trong Danh Sách Thuốc Được Bao Trả với ghi chú “NT” sẽ không được Part D bao trả. Vui lòng sử dụng Mục 6 về các Kháng Nghị thuốc Part D.

Mục này trình bày điều quý vị có thể làm nếu rơi vào bất kỳ trường hợp nào trong các trường hợp sau:

1. **Quý vị cho rằng chúng tôi bao trả các dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe hành vi hoặc các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (viết tắt trong tiếng Anh là LTSS) quý vị cần nhưng không nhận được.**

   Những điều quý vị có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định bao trả. Đến Mục 5.2 trên trang 171 để biết thông tin về việc yêu cầu quyết định bao trả.

2. **Chúng tôi không phê duyệt dịch vụ chăm sóc mà bác sĩ của quý vị muốn cung cấp cho quý vị, và quý vị cho rằng đáng lẽ phải cung cấp.**

   Những điều quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng nghị quyết định không phê duyệt dịch vụ chăm sóc của chúng tôi. Đến Mục 5.3 trên trang 173 để biết thông tin về việc kháng nghị.

3. **Quý vị đã nhận các dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị cho rằng chúng tôi bao trả, nhưng chúng tôi sẽ không thanh toán.**

   Những điều quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng nghị quyết định không thanh toán của chúng tôi. Đến Mục 5.3 trên trang 173 để biết thông tin về việc kháng nghị.

4. **Quý vị đã nhận và thanh toán cho dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị cho rằng được bao trả, và quý vị muốn chúng tôi bồi hoàn dịch vụ hoặc vật dụng này cho quý vị.**

   Những điều quý vị có thể làm: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị. Đến Mục 5.5 trên trang 183 để biết thông tin về việc yêu cầu chương trình thanh toán.

5. **Chúng tôi đã giảm hoặc chấm dứt khoản bao trả của quý vị cho một dịch vụ nhất định, và quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.**

   Những điều quý vị có thể làm: Quý vị có thể kháng nghị quyết định giảm hoặc chấm dứt dịch vụ đó của chúng tôi. Đến Mục 5.3 trên trang 173 để biết thông tin về việc kháng nghị.

   LƯU Ý: Nếu khoản bao trả cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, dịch vụ chăm sóc tại dưỡng đường chuyên môn hoặc dịch vụ tại Cơ Sở Chăm Sóc Ngoại Trú Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện (viết tắt trong tiếng Anh là CORF) sẽ bị chấm dứt thì các quy tắc đặc biệt sẽ được áp dụng. Đọc Mục 7 hoặc 8 trên các trang 199 và 205 để tìm hiểu thêm.

• Mục 5.2: Yêu cầu quyết định bao trả

Cách yêu cầu quyết định bao trả để nhận được dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe hành vi hoặc một số dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (các dịch vụ MSSP, CBAS hoặc NF)

Để yêu cầu một quyết định bao trả, hãy gọi điện, viết thư, hoặc fax cho chúng tôi hay nhờ người đại diện hoặc bác sĩ của quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định.

- Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số: 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.
- Quý vị có thể fax cho chúng tôi theo số: 1-800-281-2999
- Quý vị có thể viết thư gửi cho chúng tôi theo địa chỉ:

  Health Net Community Solutions, Inc.
  P.O. Box 10422
  Van Nuys, CA 91410-0422

Sẽ mất bao nhiêu thời gian để có quyết định bao trả?

Thường mất tối đa 14 ngày theo lịch sau khi quý vị yêu cầu. Nếu chúng tôi không đưa ra cho quý vị quyết định của chúng tôi trong vòng 14 ngày theo lịch, quý vị có thể kháng nghị.

Đôi khi chúng tôi cần thêm thời gian và chúng tôi sẽ gửi thư báo cho quý vị biết rằng chúng tôi cần thêm tối đa 14 ngày theo lịch. Lá thư này sẽ giải thích lý do tại sao cần thêm thời gian.

Tôi có thể nhận quyết định bao trả nhanh hơn không?

Có. Nếu quý vị cần phản hồi nhanh hơn do tình trạng sức khỏe của quý vị, hãy yêu cầu chúng tôi ra "quyết định bao trả nhanh". Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu này, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về quyết định của chúng tôi trong vòng 72 giờ.

Tuy nhiên, đôi khi chúng tôi cần thêm thời gian và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư thông báo rằng chúng tôi cần thêm tối đa 14 ngày theo lịch. Lá thư này sẽ giải thích lý do tại sao cần thêm thời gian.

> **Thuật ngữ pháp lý** của "quyết định bao trả nhanh" đó là **"xác định được giải quyết nhanh".**

Yêu cầu một quyết định bao trả nhanh:

- Nếu quý vị yêu cầu một quyết định bao trả nhanh, hãy bắt đầu bằng cách gọi điện hoặc gửi fax cho chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi bao trả dịch vụ chăm sóc mà quý vị muốn.
- Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số điện thoại 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí, hoặc gửi fax cho chúng tôi theo số 1-800-281-2999. Để biết thông tin chi tiết về cách liên lạc với chúng tôi, hãy đến Chương 2.
- Quý vị cũng có thể yêu cầu bác sĩ hoặc người đại diện của quý vị gọi điện cho chúng tôi.

Sau đây là các quy tắc yêu cầu một quyết định bao trả nhanh:

Quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu sau đây để nhận được quyết định bao trả nhanh:

1. Quý vị chỉ có thể nhận được quyết định bao trả nhanh **nếu quý vị đang yêu cầu khoản bao trả cho dịch vụ chăm sóc hoặc vật dụng mà quý vị vẫn chưa nhận được.** (Quý vị không thể nhận được quyết định bao trả nhanh nếu yêu cầu của quý vị là về việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc hoặc vật dụng mà quý vị đã nhận.)

2. Quý vị chỉ có thể nhận được quyết định bao trả nhanh **nếu thời hạn 14 ngày theo lịch tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc có hại tới khả năng hoạt động chức năng của quý vị.**

- Nếu bác sĩ của quý vị cho biết rằng quý vị cần có quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ tự động ra quyết định bao trả nhanh cho quý vị.
- Nếu quý vị yêu cầu quyết định bao trả nhanh mà không có sự hỗ trợ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem liệu quý vị có được nhận quyết định bao trả nhanh hay không.
    - Nếu chúng tôi quyết định rằng tình trạng sức khỏe của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để nhận quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư. Thay vào đó, chúng tôi cũng sẽ sử dụng thời hạn 14 ngày theo lịch tiêu chuẩn.
    - Lá thư này sẽ cho quý vị biết rằng nếu bác sĩ của quý vị có yêu cầu quyết định bao trả nhanh thì chúng tôi sẽ tự động ra quyết định bao trả nhanh.
    - Lá thư này cũng sẽ cho biết cách quý vị có thể nộp "khiếu nại nhanh" về quyết định của chúng tôi khi ra quyết định bao trả tiêu chuẩn thay vì quyết định bao trả nhanh. Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại, gồm cả khiếu nại nhanh, xem Mục 10 trên trang 213.

Nếu quyết định bao trả là Có, khi nào tôi sẽ nhận được dịch vụ hoặc vật dụng?

Quý vị sẽ được phê duyệt (cho phép trước) để nhận dịch vụ hoặc vật dụng trong vòng 14 ngày theo lịch (đối với quyết định bao trả tiêu chuẩn) hoặc 72 giờ (đối với quyết định bao trả nhanh) kể từ khi quý vị yêu cầu. Nếu chúng tôi kéo dài thời gian cần thiết để ra quyết định bao trả, chúng tôi sẽ phê duyệt khoản bao trả đó chậm nhất là khi kết thúc khoảng thời gian kéo dài.

Nếu quyết định bao trả là Không, tôi sẽ tìm hiểu bằng cách nào?

Nếu câu trả lời là **Không**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư thông báo cho quý vị biết lý do chúng tôi **Từ Chối**.

- Nếu chúng tôi **Từ Chối**, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định này bằng cách kháng nghị. Kháng nghị có nghĩa là yêu cầu chúng tôi xem xét quyết định từ chối bao trả của chúng tôi.
- Nếu quý vị quyết định kháng nghị, điều đó có nghĩa là quý vị sẽ tiếp tục sang Cấp 1 của quy trình kháng nghị (xem mục tiếp theo để biết thêm thông tin).

• Mục 5.3: Kháng Nghị Cấp 1 đối với các dịch vụ, vật dụng và các loại thuốc (không phải là thuốc Part D)

Kháng Nghị là gì?

Kháng nghị là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi quyết định của mình nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã làm sai. Nếu quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể kháng nghị.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải bắt đầu kháng nghị của mình ở Cấp 1. Nếu quý vị không muốn kháng nghị trước tiên với chương trình về dịch vụ Medi-Cal, trong các trường hợp đặc biệt quý vị có thể yêu cầu Đánh Giá Y Tế Độc Lập. Đến trang 178 để biết thêm thông tin.

Nếu quý vị cần trợ giúp trong quy trình kháng nghị, quý vị có thể gọi cho chương trình Cal MediConnect Ombuds Program theo số **1-888-452-8609** Chương trình Cal MediConnect Ombuds Program không liên kết với chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào.

Kháng Nghị Cấp 1 là gì?

Kháng Nghị Cấp 1 là kháng nghị đầu tiên với chương trình của chúng tôi. Chúng tôi sẽ xem xét quyết định bao trả của chúng tôi để xem quyết định đó có chính xác không. Người đánh giá sẽ là người không đưa ra quyết định bao trả ban đầu. Khi chúng tôi hoàn thành việc xem xét, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị quyết định của chúng tôi bằng văn bản.

***Xem nhanh:* Cách tiến hành Kháng Nghị Cấp 1**

Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể đưa ra yêu cầu bằng văn bản và gửi thư qua đường bưu điện hoặc gửi fax cho chúng tôi. Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng nghị bằng cách gọi điện cho chúng tôi.

- Yêu cầu **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày nhận được quyết định mà quý vị muốn kháng nghị. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn vì lý do chính đáng, quý vị vẫn có thể kháng nghị (xem trang 176).
- Nếu quý vị kháng nghị vì chúng tôi đã cho quý vị biết rằng dịch vụ mà quý vị hiện đang nhận được sẽ thay đổi hoặc chấm dứt, **quý vị có ít ngày hơn để kháng nghị** nếu quý vị muốn tiếp tục nhận dịch vụ đó trong quá trình xử lý kháng nghị (xem trang 174).
- Tiếp tục đọc mục này để tìm hiểu thêm về thời hạn áp dụng cho kháng nghị của quý vị.

Nếu sau khi xem xét, chúng tôi thông báo cho quý vị là dịch vụ hoặc vật dụng đó không được bao trả, trường hợp của quý vị có thể tiếp tục lên Kháng Nghị Cấp 2.

Tôi đưa ra Kháng Nghị Cấp 1 bằng cách nào?

- Để bắt đầu kháng nghị, quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác hay người đại diện của quý vị phải liên lạc với chúng tôi. Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số điện thoại 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí. Để biết thêm thông tin chi tiết về cách liên lạc với chúng tôi để giải quyết các kháng nghị, vui lòng xem Chương 2.
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cho "kháng nghị tiêu chuẩn" hoặc "kháng nghị nhanh".
- Nếu quý vị yêu cầu kháng nghị tiêu chuẩn hoặc kháng nghị nhanh, hãy kháng nghị bằng văn bản hoặc gọi điện cho chúng tôi.
    - Quý vị có thể gửi yêu cầu bằng văn bản đến địa chỉ sau đây:

        Health Net Community Solutions, Inc.
        P.O. Box 10422
        Van Nuys, CA 91410-0422

    - Quý vị có thể nộp yêu cầu trực tuyến của quý vị tại: *https://www.healthnet.com/portal/member/content/iwc/member/unprotected/health_plan/content/file_ag_duals.action*
    - Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng nghị bằng cách gọi cho chúng tôi theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.
    - Chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị trong vòng 5 ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị để cho quý vị biết rằng chúng tôi đã nhận được kháng nghị đó.

> **Thuật ngữ pháp lý** của "kháng nghị nhanh" đó là "**xem xét lại được giải quyết nhanh**."

Người khác có thể kháng nghị cho tôi không?

Có. Bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác có thể kháng nghị cho quý vị. Ngoài ra, người khác ngoài bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác có thể kháng nghị thay cho quý vị, nhưng trước tiên quý vị phải hoàn thiện mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện. Mẫu đơn này cho phép người khác thực hiện thay quý vị.

Để nhận mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên và yêu cầu một mẫu đơn, hoặc truy cập trang web của Medicare tại địa chỉ https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pd hoặc trang web của chúng tôi tại địa chỉ https://www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals_and_grievances.action

Nếu kháng nghị do một người khác ngoài quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác thực hiện, chúng tôi phải nhận được mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện đã hoàn thiện trước khi chúng tôi có thể xem xét kháng nghị đó.

Tôi có bao nhiêu thời gian để tiến hành kháng nghị?

Quý vị phải yêu cầu kháng nghị trong **60 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên thư chúng tôi đã gửi để thông báo cho quý vị về quyết định của chúng tôi.

Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ đó, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng nghị. Ví dụ về lý do chính đáng là: quý vị bị ốm nặng hoặc chúng tôi đã cung cấp thông tin sai cho quý vị về thời hạn yêu cầu kháng nghị.

LƯU Ý: Nếu quý vị kháng nghị vì chúng tôi đã cho quý vị biết rằng dịch vụ mà quý vị hiện đang nhận được sẽ thay đổi hoặc chấm dứt, **quý vị có ít ngày hơn để kháng nghị** nếu quý vị muốn tiếp tục nhận dịch vụ đó trong thời gian xử lý kháng nghị. Đọc “Các phúc lợi của tôi sẽ vẫn tiếp tục trong khi tiến hành kháng nghị Cấp 1?” trên trang 177 để biết thêm thông tin.

Tôi có thể nhận bản sao hồ sơ trường hợp của tôi không?

Có. Yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

Bác sĩ của tôi có thể cung cấp cho quý vị thêm thông tin về kháng nghị của tôi không?

Có, quý vị và bác sĩ của quý vị có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để hỗ trợ cho kháng nghị của quý vị.

Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định kháng nghị như thế nào?

Chúng tôi xem xét cẩn thận tất cả thông tin về yêu cầu bao trả dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. Sau đó, chúng tôi kiểm tra để xem liệu chúng tôi có đang tuân thủ tất cả các quy tắc khi trả lời **Không** hay không với yêu cầu của quý vị hay không. Người đánh giá sẽ là người không đưa ra quyết định ban đầu.

Nếu chúng tôi cần thêm thông tin, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cung cấp thông tin.

Khi nào tôi được thông báo về quyết định cho kháng nghị "tiêu chuẩn"?

Chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được kháng nghị của quý vị. Chúng tôi sẽ ra quyết định sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm như vậy.

- Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thu thập thêm thông tin, chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày theo lịch. Nếu chúng tôi quyết định cần thêm ngày để ra quyết định, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị lá thư giải thích lý do tại sao chúng tôi cần thêm thời gian.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không cần thêm ngày, quý vị có thể nộp "khiếu nại nhanh" về quyết định cần thêm ngày của chúng tôi. Khi quý vị nộp khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ. Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại, gồm cả khiếu nại nhanh, hãy xem Mục 10 trên trang 213.
- Nếu chúng tôi không trả lời về kháng nghị của quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch hoặc chậm nhất vào lúc kết thúc những ngày yêu cầu thêm (nếu chúng tôi cần thêm ngày), chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị lên Cấp 2 trong quy trình kháng nghị nếu vấn đề của quý vị là về khoản bao trả cho dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare. Quý vị sẽ được thông báo khi điều này xảy ra. Nếu vấn đề của quý vị là về khoản bao trả cho dịch vụ hoặc vật dụng của Medi-Cal, quý vị sẽ cần tự mình nộp Kháng Nghị Cấp 2. Để biết thêm thông tin về quy trình Kháng Nghị Cấp 2, vui lòng đến Mục 5.4 trên trang 178.

Nếu chúng tôi trả lời Đồng Ý với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải phê duyệt hoặc cung cấp khoản bao trả trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được kháng nghị của quý vị.

Nếu chúng tôi trả lời Từ Chối với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư. Nếu vấn đề của quý vị là về khoản bao trả cho dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare**,** lá thư này sẽ cho quý vị biết rằng chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến Thực Thể Đánh Giá Độc Lập để thực hiện Kháng Nghị Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về khoản bao trả cho dịch vụ hoặc vật dụng của Medi-Cal, lá thư này sẽ cho quý vị biết cách thức tự nộp Kháng Nghị Cấp 2. Để biết thêm thông tin về quy trình Kháng Nghị Cấp 2, vui lòng đến Mục 5.4 trên trang 178.

Khi nào tôi được thông báo về quyết định kháng nghị "nhanh"?

Nếu quý vị yêu cầu kháng nghị nhanh, chúng tôi sẽ cho quý vị biết câu trả lời trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm như vậy.

- Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, hoặc nếu chúng tôi cần thu thập thêm thông tin, chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày theo lịch. Nếu chúng tôi quyết định cần thêm ngày để ra quyết định, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị lá thư giải thích lý do tại sao chúng tôi cần thêm thời gian.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không cần thêm ngày, quý vị có thể nộp "khiếu nại nhanh" về quyết định cần thêm ngày của chúng tôi. Khi quý vị nộp khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ. Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại, gồm cả khiếu nại nhanh, hãy xem Mục 10 trên trang 213.
- Nếu chúng tôi không trả lời về kháng nghị của quý vị trong vòng 72 giờ hoặc chậm nhất vào lúc kết thúc những ngày yêu cầu thêm (nếu chúng tôi cần thêm ngày), chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị lên Cấp 2 trong quy trình kháng nghị nếu vấn đề của quý vị là về khoản bao trả cho dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare. Quý vị sẽ được thông báo khi điều này xảy ra. Nếu vấn đề của quý vị là về khoản bao trả cho dịch vụ hoặc vật dụng của Medi-Cal, quý vị sẽ cần tự mình nộp Kháng Nghị Cấp 2. Để biết thêm thông tin về quy trình Kháng Nghị Cấp 2, vui lòng đến Mục 5.4 trên trang 178.

Nếu chúng tôi trả lời Có với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp khoản bao trả trong vòng 72 giờ sau khi nhận được kháng nghị của quý vị.

Nếu chúng tôi trả lời Từ Chối với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư. Nếu vấn đề của quý vị là về khoản bao trả cho dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare**,** lá thư này sẽ cho quý vị biết rằng chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến Thực Thể Đánh Giá Độc Lập để thực hiện Kháng Nghị Cấp 2. Nếu vấn đề của quý vị là về khoản bao trả cho dịch vụ hoặc vật dụng của Medi-Cal, lá thư này sẽ cho quý vị biết cách thức tự nộp Kháng Nghị Cấp 2. Để biết thêm thông tin về quy trình Kháng Nghị Cấp 2, vui lòng đến Mục 5.4 trên trang 178.

Các phúc lợi của tôi sẽ vẫn tiếp tục trong khi tiến hành kháng nghị Cấp 1?

Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc dừng khoản bao trả cho dịch vụ hoặc vật dụng mà trước đó đã được phê duyệt, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị trước khi thực hiện hành động. Nếu quý vị không đồng ý với hành động này, quý vị có thể nộp đơn Kháng Nghị Cấp 1 và yêu cầu chúng tôi tiếp tục cung cấp phúc lợi của quý vị cho dịch vụ hoặc vật dụng đó. Quý vị phải **yêu cầu vào hoặc trước thời điểm xảy ra sau trong các thời điểm sau** để tiếp tục cung cấp phúc lợi của quý vị:

- Trong vòng 10 ngày kể từ ngày gửi thông báo hành động của chúng tôi qua đường bưu điện; hoặc

- Ngày thực hiện hành động dự kiến có hiệu lực.

Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này, quý vị có thể tiếp tục nhận dịch vụ hoặc vật dụng hiện đang tranh luận đó trong thời gian xử lý kháng nghị của quý vị. Nếu phúc lợi của quý vị tiếp tục được cung cấp và kết quả cuối cùng của kháng nghị là tán thành hành động của chúng tôi, chúng tôi có thể thu lại chi phí dịch vụ hoặc vật dụng được cung cấp cho quý vị trong khi chờ xử lý kháng nghị.

• Mục 5.4: Kháng Nghị Cấp 2 đối với các dịch vụ, vật dụng và các loại thuốc (không phải là thuốc Part D)

Nếu chương trình trả lời Từ Chối tại Cấp 1, điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?

Nếu chúng tôi trả lời **Từ Chối** với một phần hoặc tất cả Kháng Nghị Cấp 1 của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Thư này sẽ cho quý vị biết liệu dịch vụ hoặc vật dụng đó có thường được Medicare hoặc Medi-Cal bao trả hay không.

- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị lên Cấp 2 trong quy trình kháng nghị ngay khi hoàn thành Kháng Nghị Cấp 1.
- Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật dụng của Medi-Cal, quý vị có thể tự mình nộp Kháng Nghị Cấp 2. Thư này sẽ cho quý vị biết cách thức thực hiện việc này. Thông tin cũng có ở dưới đây.

Kháng Nghị Cấp 2 là gì?

Kháng Nghị Cấp 2 là kháng nghị lần thứ hai, do tổ chức độc lập không liên kết với chương trình của chúng tôi.

Vấn đề của tôi là về một dịch vụ hoặc vật dụng của Medi-Cal. Tôi có thể tiến hành Kháng Nghị Cấp 2 như thế nào?

Có hai cách để thực hiện kháng nghị Cấp 2 đối với các dịch vụ và vật dụng của Medi-Cal: (1) Đánh Giá Y Tế Độc Lập hoặc (2) Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

(1) Đánh Giá Y Tế Độc Lập

Quý vị có thể yêu cầu Đánh Giá Y Tế Độc Lập (viết tắt trong tiếng Anh là IMR) từ Trung Tâm Trợ Giúp tại Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (viết tắt trong tiếng Anh là DMHC) của Tiểu Bang California. IMR sẵn có cho bất kỳ vật dụng hoặc dịch vụ được bao trả nào của Medi-Cal mang tính chất y tế. IMR là một đánh giá trường hợp của quý vị do các bác sĩ không thuộc chương trình của chúng tôi thực hiện. Nếu IMR được quyết định có lợi cho quý vị, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ hoặc vật dụng quý vị yêu cầu. Quý vị không phải trả chi phí cho IMR.

Quý vị có thể đăng ký nhận IMR nếu chương trình của chúng tôi:

- Từ chối, thay đổi hoặc trì hoãn một dịch vụ hoặc phương pháp điều trị của Medi-Cal do chương trình của chúng tôi quyết định điều này là không cần thiết về mặt y tế.
- Không bao trả việc điều trị mang tính thử nghiệm hoặc điều tra nghiên cứu của Medi-Cal đối với một tình trạng y tế nghiêm trọng.
- Không thanh toán dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp của Medi-Cal mà quý vị đã nhận được.
- Không giải quyết Kháng Nghị Cấp 1 về dịch vụ Medi-Cal trong vòng 30 ngày theo lịch đối với kháng nghị tiêu chuẩn hoặc 72 giờ đối với kháng nghị nhanh.

Quý vị có thể yêu cầu IMR nếu quý vị cũng đã yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, nhưng sẽ không được yêu cầu nếu quý vị đã có Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang về cùng một vấn đề.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải nộp đơn kháng nghị cho chúng tôi trước khi yêu cầu IMR. Hãy xem trang 173 để biết thông tin về quy trình kháng nghị Cấp 1 của chúng tôi. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu IMR từ Trung Tâm Trợ Giúp của DMHC.

Nếu việc điều trị của quý vị bị từ chối vì điều trị đó mang tính thử nghiệm hoặc điều tra nghiên cứu, quý vị sẽ không phải tham gia vào quy trình kháng nghị của chúng tôi trước khi nộp đơn yêu cầu IMR.

Nếu vấn đề của quý vị khẩn cấp và liên quan đến tình huống đe dọa tức thì và nghiêm trọng tới sức khỏe của quý vị, quý vị có thể yêu cầu DMHC ngay lập tức xem xét trường hợp của quý vị. DMHC có thể không yêu cầu quý vị trước tiên phải tuân thủ quy trình kháng nghị của chúng tôi tùy thuộc vào các sự kiện trong trường hợp của quý vị.

Quý vị phải **nộp đơn yêu cầu IMR trong vòng 6 tháng** sau khi chúng tôi gửi cho quý vị quyết định bằng văn bản về kháng nghị của quý vị. DMHC có thể chấp nhận đơn yêu cầu của quý vị sau 6 tháng vì lý do chính đáng khi quý vị có bệnh trạng ngăn cản quý vị yêu cầu IMR trong 6 tháng, hoặc quý vị đã không nhận được thông báo đầy đủ về quy trình IMR từ chúng tôi.

Để yêu cầu IMR:

- Điền vào Đơn Yêu Cầu Đánh Giá Y Tế Độc Lập/Đơn Khiếu Nại có sẵn tại https://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx hoặc gọi đến Trung Tâm Trợ Giúp của DMHC theo số 1-888-466-2219. Người dùng TDD cần gọi đến số 1-877-688-9891.
- Nếu quý vị có, hãy đính kèm các bản sao của thư từ hoặc các tài liệu khác về dịch vụ hoặc vật dụng bị chúng tôi từ chối. Điều này có thể đẩy nhanh quy trình IMR. Hãy gửi bản sao của các tài liệu, không gửi bản gốc. Trung Tâm Trợ Giúp không thể trả lại bất cứ tài liệu nào.

- Hãy điền vào Mẫu Đơn Đăng Ký Người Hỗ Trợ Được Ủy Quyền nếu ai đó đang giúp quý vị xử lý IMR của quý vị. Quý vị có thể nhận mẫu đơn tại địa chỉ http://www.dmhc.ca.gov/Portals/0/FileAComplaint/IMRForms/20160 AAF English.pdf. Hoặc gọi cho Trung Tâm Trợ Giúp của Sở theo số 1-888-466-2219. Người dùng TDD cần gọi đến số 1-877-688-9891.
- Hãy gửi thư hoặc fax mẫu đơn và bất cứ tài liệu đính kèm nào của quý vị đến:

  Help Center
  California Department of Managed Health Care
  980 9th Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 916-255-5241

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn nhận IMR, DMHC sẽ đánh giá trường hợp của quý vị và gửi thư cho quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch để cho quý vị biết rằng quý vị đủ tiêu chuẩn nhận IMR. Sau khi nhận đơn yêu cầu và các tài liệu hỗ trợ quý vị từ chương trình của quý vị, quyết định IMR sẽ được đưa ra trong vòng 30 ngày theo lịch. Quý vị sẽ nhận được quyết định IMR trong vòng 45 ngày theo lịch kể từ khi nộp đơn yêu cầu đã hoàn tất.

Nếu trường hợp của quý vị đủ tiêu chuẩn nhận IMR, DMHC sẽ đánh giá trường hợp của quý vị và gửi thư cho quý vị trong vòng 2 ngày theo lịch để cho quý vị biết rằng quý vị đủ tiêu chuẩn nhận IMR. Sau khi nhận đơn yêu cầu và các tài liệu hỗ trợ của quý vị từ chương trình của quý vị, quyết định IMR sẽ được đưa ra trong vòng 3 ngày theo lịch. Quý vị sẽ nhận được quyết định IMR trong vòng 7 ngày theo lịch kể từ khi nộp đơn yêu cầu đã hoàn tất.

Nếu quý vị không hài lòng với kết quả của IMR, quý vị vẫn có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Nếu DMHC quyết định trường hợp của quý vị không đủ điều kiện cho IMR, DMHC sẽ đánh giá trường hợp của quý vị thông qua quy trình khiếu nại thông thường dành cho người tiêu dùng.

(2) Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang

Quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang cho các dịch vụ và vật dụng được Medi-Cal bao trả. Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác yêu cầu dịch vụ hoặc vật dụng mà chúng tôi sẽ không phê duyệt, hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục chi trả cho dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã có và chúng tôi đã nói không với kháng nghị Cấp 1 của quý vị, thì quý vị có quyền yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Trong hầu hết các trường hợp **quý vị có 120 ngày để yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang** sau khi quý vị nhận được thông báo "Quyền Điều Trần của Quý Vị" qua đường bưu điện.

LƯU Ý: Nếu quý vị yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang vì chúng tôi đã cho quý vị biết rằng dịch vụ mà quý vị hiện đang nhận được sẽ thay đổi hoặc chấm dứt, **quý vị có ít ngày hơn để nộp yêu cầu của quý vị** nếu quý vị muốn tiếp tục nhận dịch vụ đó trong khi chờ Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang của quý vị. Đọc "Các phúc lợi của tôi sẽ vẫn tiếp tục trong khi tiến hành kháng nghị Cấp 2?" trên trang 178 để biết thêm thông tin.

Có hai cách để yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang:

1. Quý vị có thể điền thông tin vào mẫu "Yêu Cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang" ở mặt sau của thông báo hành động. Quý vị cần cung cấp tất cả các thông tin theo yêu cầu chẳng hạn như họ tên, địa chỉ, số điện thoại, tên của chương trình hoặc hạt có hành động phản đối quý vị, (các) chương trình trợ giúp liên quan và lý do chi tiết giải thích vì sao quý vị muốn yêu cầu phiên điều trần. Sau đó quý vị có thể gửi yêu cầu của quý vị theo một trong những cách sau:
    - Gửi đến phòng phúc lợi của hạt theo địa chỉ có trên thông báo.
    - Gửi đến Sở Dịch Vụ Xã Hội của Tiểu Bang California theo địa chỉ:

      State Hearings Division
      P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
      Sacramento, CA 94244-2430

    - Gửi fax đến Phòng Điều Trần Cấp Tiểu Bang theo số 916-651-5210 hoặc 916-651-2789.
2. Quý vị có thể gọi cho Sở Dịch Vụ Xã Hội của Tiểu Bang California theo số điện thoại 1-800-952-5253. Người dùng TDD cần gọi đến số 1-800-952-8349. Nếu quý vị quyết định yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang qua điện thoại, quý vị nên biết rằng các đường dây điện thoại đều rất bận.

Vấn đề của tôi là về một dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare. Điều gì sẽ xảy ra tại Kháng Nghị Cấp 2?

Một Thực Thể Đánh Giá Độc Lập (viết tắt trong tiếng Anh là IRE) sẽ xem xét cẩn thận quyết định Cấp 1 và quyết định xem có nên thay đổi quyết định đó hay không.

- Quý vị không cần phải yêu cầu Kháng Nghị Cấp 2. Chúng tôi sẽ tự động gửi bất kỳ quyết định từ chối nào (toàn bộ hoặc một phần) cho IRE. Quý vị sẽ được thông báo khi điều này xảy ra.
- IRE được Medicare thuê và không liên kết với chương trình này.

- Quý vị có thể yêu cầu bản sao hồ sơ của quý vị bằng cách gọi bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711 từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến hết Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

IRE phải trả lời Kháng Nghị Cấp 2 của quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ khi nhận được kháng nghị của quý vị. Áp dụng quy tắc này nếu quý vị gửi kháng nghị của quý vị trước khi nhận dịch vụ hoặc vật dụng y tế.

- Tuy nhiên, nếu IRE cần thu thập thêm thông tin mà có thể có lợi cho quý vị, có thể cần thêm tối đa 14 ngày theo lịch. Nếu IRE cần thêm ngày để đưa ra quyết định, IRE sẽ gửi thư báo cho quý vị biết điều đó.

Nếu quý vị đã có “kháng nghị nhanh” ở Cấp 1, quý vị sẽ tự động có kháng nghị nhanh ở Cấp 2. IRE phải trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được kháng nghị của quý vị.

- Tuy nhiên, nếu IRE cần thu thập thêm thông tin mà có thể có lợi cho quý vị, có thể cần thêm tối đa 14 ngày theo lịch. Nếu IRE cần thêm ngày để đưa ra quyết định, IRE sẽ gửi thư báo cho quý vị biết điều đó.

Các phúc lợi của tôi sẽ vẫn tiếp tục trong khi tiến hành kháng nghị Cấp 2?

Nếu vấn đề của quý vị là về dịch vụ hoặc vật dụng được Medicare bao trả, phúc lợi về dịch vụ hoặc vật dụng đó của quý vị sẽ **không** tiếp tục trong quy trình kháng nghị Cấp 2 với Thực Thể Đánh Giá Độc Lập.

Nếu vấn đề của quý vị về dịch vụ hoặc vật dụng được Medi-Cal bao trả và quý vị yêu cầu một Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, phúc lợi Medi-Cal cho dịch vụ và vật dụng đó có thể tiếp tục cho đến khi có quyết định về phiên điều trần. Quý vị phải yêu cầu phiên điều trần **vào hoặc trước thời điểm xảy ra sau trong các thời điểm sau đây** để tiếp tục nhận phúc lợi của quý vị

- Trong vòng 10 ngày kể từ ngày trên thông báo của chúng tôi gửi qua đường bưu điện cho quý vị rằng xác định bất lợi về phúc lợi (quyết định kháng nghị Cấp 1) đã được tán thành; hoặc
- Ngày thực hiện hành động dự kiến có hiệu lực.

Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này, quý vị có thể tiếp tục nhận dịch vụ hoặc vật dụng hiện đang được tranh luận đó cho đến khi quyết định điều trần được đưa ra. Nếu phúc lợi của quý vị tiếp tục được cung cấp và kết quả cuối cùng của kháng nghị là tán thành hành động của chúng tôi, chúng tôi có thể thu lại chi phí dịch vụ hoặc vật dụng được cung cấp cho quý vị trong khi chờ xử lý kháng nghị.

Làm thế nào tôi có thể biết về quyết định đó?

Nếu Kháng Nghị Cấp 2 của quý vị là Đánh Giá Y Tế Độc Lập, Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích quyết định được đưa ra bởi các bác sĩ đã đánh giá trường hợp của quý vị.

- Nếu quyết định Đánh Giá Y Tế Độc Lập là **Đồng Ý** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp dịch vụ hoặc điều trị đó.
- Nếu quyết định Đánh Giá Y Tế Độc Lập là **Từ Chối** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định Cấp 1. Quý vị vẫn có thể nhận Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Chuyển đến trang 178 để biết thông tin về việc yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Nếu Kháng Nghị Cấp 2 của quý vị là Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, Sở Dịch Vụ Xã Hội của Tiểu Bang California sẽ gửi thư giải thích cho quý vị về quyết định của họ.

- Nếu quyết định của Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang là **Có** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải tuân thủ quyết định đó. Chúng tôi phải hoàn thành (các) hành động đã mô tả trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được bản sao quyết định đó.
- Nếu quyết định của Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang là **Từ Chối** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định Cấp 1. Chúng tôi có thể chấm dứt bất kỳ hỗ trợ nào được thanh toán trong khi chờ giải quyết mà quý vị đang nhận.

Nếu Kháng Nghị Cấp 2 của quý vị đã gửi đến Thực Thể Đánh Giá Độc Lập (viết tắt trong tiếng Anh là IRE) của Medicare, tổ chức này sẽ gửi thư cho quý vị giải thích về quyết định của họ.

- Nếu IRE trả lời **Đồng Ý** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị trong kháng nghị tiêu chuẩn, chúng tôi phải cho phép khoản bao trả dịch vụ chăm sóc y tế trong vòng 72 giờ hoặc cung cấp cho quý vị dịch vụ hoặc vật dụng trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRE. Nếu quý vị có kháng nghị nhanh, chúng tôi phải cho phép khoản bao trả dịch vụ chăm sóc y tế hoặc cung cấp cho quý vị dịch vụ hoặc vật dụng trong vòng 72 giờ kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRE.
- Nếu IRE trả lời **Từ Chối** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định Cấp 1. Điều này được gọi là “tán thành quyết định”. Điều đó cũng được gọi là “khước từ kháng nghị của quý vị”.

Nếu quyết định là Từ Chối với một phần hoặc tất cả yêu cầu của tôi, tôi có thể tiến hành kháng nghị khác không?

Nếu Kháng Nghị Cấp 2 của quý vị là Đánh Giá Y Tế Độc Lập, quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Chuyển đến trang 178 để biết thông tin về việc yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Nếu Kháng Nghị Cấp 2 của quý vị là Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, quý vị có thể yêu cầu điều trần lại trong vòng 30 ngày sau ngày sau khi quý vị nhận được quyết định. Quý vị cũng có thể yêu cầu phúc thẩm về quyết định từ chối của Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang bằng cách gửi đơn lên Tòa Thượng Thẩm (theo Bộ Luật Tố Tụng Dân Sự Mục 1094.5) trong vòng một năm sau khi quý vị nhận được quyết định. Quý vị không thể yêu cầu nhận IMR nếu quý vị đã có Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang đối với cùng một vấn đề.

Nếu Kháng Nghị Cấp 2 của quý vị gửi đến Thực Thể Đánh Giá Độc Lập (viết tắt trong tiếng Anh là IRE) của Medicare, quý vị có thể kháng nghị một lần nữa chỉ khi giá trị của dịch vụ hoặc vật dụng quý vị muốn đạt đến số tiền tối thiểu nhất định. Thư quý vị nhận được từ IRE sẽ giải thích các quyền kháng nghị bổ sung mà quý vị có thể có.

Xem Mục 9 trên trang 212 để biết thêm thông tin về các cấp kháng nghị bổ sung.

• Mục 5.5: Các vấn đề về thanh toán

Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi tính hóa đơn dịch vụ và vật dụng được bao trả cho quý vị. Điều này đúng ngay cả khi chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp ít hơn số tiền mà nhà cung cấp tính phí cho một dịch vụ hoặc vật dụng được đài thọ. Quý vị không bao giờ phải thanh toán số dư của bất kỳ hóa đơn nào. Số tiền duy nhất quý vị sẽ được yêu cầu thanh toán là khoản đồng thanh toán cho thuốc Hạng 1 và/hoặc Hạng 2.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn có số tiền cao hơn khoản đồng thanh toán của quý vị cho dịch vụ và vật dụng được bao trả, vui lòng gửi hóa đơn cho chúng tôi. **Quý vị không nên tự mình chi trả hóa đơn đó.** Chúng tôi sẽ liên lạc trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề đó.

Để biết thêm thông tin, bắt đầu đọc Chương 7: “Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho hóa đơn mà quý vị đã nhận đối với các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả”. Chương 7 mô tả các tình huống trong đó quý vị có thể cần yêu cầu bồi hoàn hoặc thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận từ nhà cung cấp. Chương này cũng trình bày cách gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu chúng tôi thanh toán.

Tôi có thể yêu cầu quý vị trả lại cho tôi phần chi phí của quý vị cho dịch vụ hoặc vật dụng mà tôi đã thanh toán không?

Hãy nhớ rằng nếu quý vị nhận được hóa đơn có số tiền cao hơn khoản đồng thanh toán của quý vị cho dịch vụ và vật dụng được bao trả, quý vị không nên tự thanh toán hóa đơn. Tuy nhiên, trong trường hợp quý vị thanh toán hóa đơn, quý vị có thể được bồi hoàn nếu quý vị tuân thủ theo các quy tắc về nhận dịch vụ và vật dụng.

Nếu quý vị muốn yêu cầu được bồi hoàn, có nghĩa là quý vị đang yêu cầu một quyết định bao trả. Chúng tôi sẽ xem liệu dịch vụ hoặc vật dụng quý vị đã thanh toán có được bao trả hay không và chúng tôi sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân theo tất cả các quy tắc sử dụng khoản bao trả của quý vị hay không.

- Nếu dịch vụ hoặc vật dụng quý vị đã thanh toán được bao trả và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản tiền thanh toán cho phần đồng trả chi phí của chúng tôi đối với dịch vụ hoặc vật dụng trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

- Hoặc, nếu quý vị chưa thanh toán cho các dịch vụ hoặc vật dụng đó, chúng tôi sẽ trực tiếp thanh toán cho nhà cung cấp. Khi chúng tôi thanh toán, điều đó đồng nghĩa với câu trả lời **Có** với yêu cầu về quyết định bao trả của quý vị.

- Nếu dịch vụ hoặc vật dụng **không** được bao trả, hoặc quý vị đã **không** tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi thư thông báo cho quý vị biết chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ hoặc vật dụng này và, giải thích lý do.

Điều gì xảy ra nếu chúng tôi trả lời rằng chúng tôi sẽ không thanh toán?

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi, **quý vị có thể kháng nghị**. Tuân theo quy trình kháng nghị được mô tả ở Mục 5.3 trên trang 173. Khi quý vị thực hiện theo các hướng dẫn này, vui lòng lưu ý:

- Nếu quý vị đưa ra kháng nghị để được bồi hoàn, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận kháng nghị của quý vị.

- Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị đối với dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị đã nhận và tự thanh toán, quý vị không thể yêu cầu kháng nghị nhanh.

Nếu chúng tôi trả lời **Từ Chối** với kháng nghị của quý vị và dịch vụ hoặc vật dụng thường được Medicare bao trả, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến Thực Thể Đánh Giá Độc Lập (viết tắt trong tiếng Anh là IRE). Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị qua thư nếu điều này xảy ra.

- Nếu IRE hủy bỏ quyết định của chúng tôi và cho biết chúng tôi cần thanh toán cho quý vị, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán cho quý vị hoặc nhà cung cấp trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu câu trả lời cho kháng nghị của quý vị là **Đồng Ý** ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng nghị sau Cấp 2, 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.

- Nếu IRE trả lời **Từ Chối** với kháng nghị của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi là không phê duyệt yêu cầu của quý vị. (Điều này được gọi là "tán thành quyết định". Điều đó cũng được gọi là "khước từ kháng nghị của quý vị".) Lá thư quý vị nhận được sẽ giải thích các quyền kháng nghị bổ sung mà quý vị có thể có. Quý vị chỉ có thể kháng nghị lại lần nữa trong trường hợp giá trị của dịch vụ hoặc vật dụng mà quý vị muốn nhận đạt đến một khoản tiền tối thiểu nhất định. Xem Mục 9 trên trang 212 để biết thêm thông tin về các cấp kháng nghị bổ sung.

Nếu chúng tôi trả lời **Từ Chối** với kháng nghị của quý vị và dịch vụ hoặc vật dụng này thường được Medi-Cal bao trả, quý vị có thể tự mình nộp Kháng Nghị Cấp 2 (xem Mục 5.4 trên trang 178).

Mục 6: Thuốc Part D

• Mục 6.1: Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề khi nhận thuốc Part D hoặc muốn chúng tôi hoàn lại tiền cho thuốc Part D của quý vị

Các phúc lợi của quý vị khi là thành viên của chương trình chúng tôi gồm cả khoản bao trả cho nhiều loại thuốc theo toa bác sĩ. Hầu hết các loại thuốc này là "thuốc Part D." Có một số loại thuốc mà Medicare Part D không bao trả nhưng Medi-Cal có thể bao trả. **Mục này chỉ áp dụng cho các kháng nghị về thuốc Part D.**

Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Sách Thuốc), bao gồm một số loại thuốc có ký hiệu "NT". Những loại thuốc này **không** phải là thuốc Part D. Các kháng nghị hoặc quyết định bao trả về thuốc có ký hiệu "NT" tuân theo quy trình trong Mục 5 trên trang 183**.**

Tôi có thể yêu cầu quyết định bao trả hoặc đưa ra kháng nghị về thuốc theo toa bác sĩ Part D không?

Có. Sau đây là các ví dụ về quyết định bao trả quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra về thuốc Part D:

- Quý vị yêu cầu chúng tôi đặt ra ngoại lệ, chẳng hạn như:
    - Yêu cầu chúng tôi bao trả thuốc Part D mà không có trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* (Danh Sách Thuốc) của chương trình
    - Yêu cầu chúng tôi từ bỏ giới hạn đối với khoản bao trả của chương trình cho một loại thuốc nào đó (chẳng hạn như giới hạn về số lượng thuốc quý vị có thể nhận)
- Quý vị hỏi chúng tôi xem thuốc có được bao trả cho quý vị hay không (ví dụ như khi thuốc của quý vị có trong Danh Sách Thuốc của chương trình nhưng chúng tôi yêu cầu quý vị phải được chúng tôi phê duyệt trước khi chúng tôi bao trả cho quý vị).

LƯU Ý*:* Nếu nhà thuốc của quý vị cho biết rằng không thể cấp toa thuốc của quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo giải thích cách liên lạc với chúng tôi để yêu cầu quyết định bao trả.

- Quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán thuốc theo toa bác sĩ mình đã mua. Đây là yêu cầu một quyết định bao trả về thanh toán.

> **Thuật ngữ pháp lý** của quyết định bao trả về các thuốc Part D của quý vị là "**xác định bao trả**".

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bao trả chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể kháng nghị quyết định đó. Mục này trình bày cả cách yêu cầu quyết định bao trả **và** cách yêu cầu kháng nghị.

Sử dụng bảng dưới đây để giúp quý vị xác định phần nào có thông tin dành cho tình huống của quý vị:

Quý vị *ở* trong trường hợp nào sau đây?			
Quý vị có cần loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi hoặc cần chúng tôi miễn trừ một quy tắc hoặc hạn chế về thuốc chúng tôi bao trả hay không? **Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đặt ra ngoại lệ.** (Đây là một loại quyết định bao trả.) Bắt đầu với **Mục 6.2** trên trang 188. Xem thêm Mục 6.3 và 6.4 trên các trang 189 và 190.	Quý vị có muốn chúng tôi bao trả thuốc có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi và quý vị có cho rằng mình đáp ứng bất kỳ quy tắc hoặc hạn chế nào của chương trình (chẳng hạn như có được sự phê duyệt trước) cho loại thuốc quý vị cần hay không? **Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi ra quyết định bao trả.** Đến thẳng **Mục 6.4** trên trang 190.	Quý vị có muốn yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền thuốc quý vị đã nhận và đã thanh toán hay không? **Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị.** (Đây là một loại quyết định bao trả.) Đến thẳng **Mục 6.4** trên trang 190.	Có phải chúng tôi đã báo với quý vị rằng chúng tôi sẽ không bao trả hoặc thanh toán tiền thuốc theo cách quý vị muốn thuốc đó được bao trả hoặc thanh toán hay không? **Quý vị có thể kháng nghị**. (Điều này có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi xem xét lại.) Đến thẳng **Mục 6.5** trên trang 194.

• Mục 6.2: Trường hợp ngoại lệ là gì?

Trường hợp ngoại lệ là sự cho phép nhận khoản bao trả cho loại thuốc thường không có trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* của chúng tôi hoặc cho phép sử dụng thuốc mà không có một số quy tắc và giới hạn nhất định. Nếu thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* của chúng tôi hoặc không được bao trả theo cách quý vị muốn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra "trường hợp ngoại lệ".

Khi quý vị yêu cầu đặt ra ngoại lệ, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác sẽ cần giải thích lý do y tế tại sao quý vị cần trường hợp ngoại lệ đó.

Sau đây là các ví dụ về các trường hợp ngoại lệ mà quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:

1. Bao trả thuốc Part D không có trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* (Danh Sách Thuốc) của chúng tôi.
   - Nếu chúng tôi đồng ý đặt ra ngoại lệ và bao trả cho loại thuốc không có trong Danh Sách Thuốc, quý vị sẽ cần trả khoản đồng trả chi phí được áp dụng với các loại thuốc ở Hạng 2 cho thuốc chính hiệu hoặc Hạng 1 cho thuốc gốc.
   - Quý vị không thể yêu cầu đặt ra ngoại lệ cho khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm chúng tôi yêu cầu quý vị trả cho loại thuốc đó.
2. Loại bỏ một hạn chế đối với khoản bao trả của chúng tôi. Có các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung áp dụng đối với một số loại thuốc có trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi (để biết thêm thông tin, hãy đến Chương 5).
   - Các quy tắc hoặc giới hạn thêm về khoản bao trả dành cho một số loại thuốc bao gồm:
     - Phải sử dụng phiên bản thuốc gốc của một loại thuốc thay vì thuốc chính hiệu.
     - Có được sự phê duyệt của chương trình trước khi chúng tôi đồng ý bao trả loại thuốc đó cho quý vị. (Điều này đôi khi được gọi là "sự cho phép trước".)
     - Phải thử dùng một loại thuốc khác trước tiên trước khi chúng tôi đồng ý bao trả loại thuốc quý vị yêu cầu. (Điều này đôi khi được gọi là "liệu pháp từng bước".)
     - Giới hạn về số lượng. Đối với một số loại thuốc, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể nhận.
   - Nếu chúng tôi đồng ý đặt ra ngoại lệ và từ bỏ hạn chế cho quý vị, quý vị vẫn có thể yêu cầu đặt ra ngoại lệ cho khoản đồng thanh toán chúng tôi yêu cầu quý vị trả cho loại thuốc đó.

> **Thuật ngữ pháp lý** cho việc yêu cầu loại bỏ giới hạn bao trả cho một loại thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu **"trường hợp ngoại lệ về danh mục thuốc".**

• Mục 6.3: Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ

Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác phải cho chúng tôi biết các lý do y tế

Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác phải cung cấp cho chúng tôi tuyên bố giải thích các lý do y tế cho việc yêu cầu ngoại lệ. Quyết định về trường hợp ngoại lệ của chúng tôi sẽ nhanh hơn nếu quý vị có thông tin này từ bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác khi quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ.

Thông thường, Danh Sách Thuốc của chúng tôi bao gồm nhiều loại thuốc để điều trị một tình trạng cụ thể. Các loại thuốc này được gọi là thuốc “thay thế”. Nếu một loại thuốc thay thế sẽ có hiệu quả như loại thuốc quý vị yêu cầu và không gây thêm tác dụng phụ hoặc các vấn đề sức khỏe khác, thông thường chúng tôi sẽ *không* phê duyệt yêu cầu đặt ra ngoại lệ của quý vị.

Chúng tôi sẽ trả lời Có hoặc Từ Chối với yêu cầu về trường hợp ngoại lệ của quý vị

- Nếu chúng tôi trả lời **Có** với yêu cầu đặt ra ngoại lệ của quý vị, trường hợp ngoại lệ thường kéo dài cho đến khi kết thúc năm theo lịch. Điều này đúng với điều kiện là bác sĩ của quý vị tiếp tục kê loại thuốc đó cho quý vị và loại thuốc đó tiếp tục an toàn và hiệu quả trong việc điều trị tình trạng của quý vị.
- Nếu chúng tôi trả lời **Từ Chối** với yêu cầu đặt ra ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể yêu cầu việc xem xét quyết định của chúng tôi bằng cách kháng nghị. Mục 6.5 trên trang 194 trình bày cách kháng nghị nếu chúng tôi trả lời **Từ Chối**.

Mục tiếp theo trình bày cách yêu cầu ra quyết định bao trả, gồm cả trường hợp ngoại lệ.

• Mục 6.4: Cách yêu cầu ra quyết định bao trả về thuốc Part D hoặc bồi hoàn cho thuốc Part D, bao gồm trường hợp ngoại lệ

Điều cần làm

- Yêu cầu cho loại quyết định bao trả quý vị muốn. Gọi điện, viết thư hoặc gửi fax cho chúng tôi để đưa ra yêu cầu của quý vị. Quý vị, người đại diện, hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) có thể làm điều này. Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.
- Quý vị, bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) hoặc người khác hành động thay mặt cho quý vị có thể yêu cầu ra quyết định bao trả. Quý vị cũng có thể yêu cầu luật sư hành động thay mặt cho mình.

***Xem nhanh:* Cách yêu cầu ra quyết định bao trả về một loại thuốc hoặc khoản thanh toán**

Gọi điện, viết thư hoặc gửi fax cho chúng tôi để yêu cầu hoặc yêu cầu người đại diện, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác yêu cầu. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị cho quyết định bao trả tiêu chuẩn trong vòng 72 giờ. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị về việc bồi hoàn cho quý vị chi phí thuốc Part D mà quý vị đã thanh toán trong vòng 14 ngày theo lịch.

- Nếu quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ, hãy nêu cả tuyên bố ủng hộ từ bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác.
- Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể yêu cầu quyết định nhanh. (Các quyết định nhanh thường được đưa ra trong vòng 24 giờ.)
- Hãy đọc mục này để đảm bảo quý vị đủ tiêu chuẩn nhận quyết định nhanh! Cũng nên đọc để tìm hiểu thông tin về các thời hạn đưa ra quyết định.

- Đọc Mục 4 trên trang 167 để tìm hiểu cách cho phép người khác làm người đại diện cho quý vị.
- Quý vị không cần cung cấp cho bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác văn bản cho phép để thay mặt quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả.
- Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền thuốc cho quý vị, hãy đọc Chương 7 của sổ tay này. Chương 7 mô tả các thời điểm mà quý vị có thể cần yêu cầu bồi hoàn. Chương này cũng trình bày cách gửi tài liệu yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị phần đồng trả chi phí của chúng tôi cho thuốc quý vị đã thanh toán.

- Nếu quý vị đang yêu cầu trường hợp ngoại lệ, hãy cung cấp "tuyên bố ủng hộ". Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác phải cung cấp cho chúng tôi lý do y tế cho trường hợp ngoại lệ về thuốc. Chúng tôi gọi đây là "tuyên bố ủng hộ."
- Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể gửi fax hoặc gửi tuyên bố đó qua đường bưu điện cho chúng tôi. Hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể cho chúng tôi biết qua điện thoại và sau đó gửi fax hoặc gửi tuyên bố đó qua đường bưu điện cho chúng tôi.

Nếu là do tình trạng sức khỏe của quý vị, hãy yêu cầu chúng tôi ra "quyết định bao trả nhanh"

Chúng tôi sẽ sử dụng "thời hạn tiêu chuẩn" trừ khi chúng tôi đồng ý sử dụng "thời hạn nhanh".

- **Quyết định bao trả tiêu chuẩn** có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được tuyên bố từ bác sĩ của quý vị.
- **Quyết định bao trả nhanh** có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vồng 24 giờ Sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố của bác sĩ của quý vị.

> **Thuật ngữ *pháp lý*** của "quyết định bao trả nhanh" đó là "**xác định bao trả được giải quyết nhanh".**

Quý vị chỉ có thể nhận được quyết định bao trả nhanh nếu quý vị đang yêu cầu cho loại thuốc quý vị vẫn chưa nhận được. (Quý vị không thể nhận quyết định bao trả nhanh nếu đang yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền thuốc quý vị đã mua rồi.)

Quý vị chỉ có thể nhận được quyết định bao trả nhanh nếu việc sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc có hại tới khả năng hoạt động chức năng 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 phải được ra "quyết định bao trả nhanh", chúng tôi sẽ tự động đồng ý ra quyết định bao trả nhanh cho quý vị và lá thư thông báo sẽ cho quý vị biết điều đó.

- Nếu quý vị tự mình yêu cầu ra quyết định bao trả nhanh (không có ủng hộ của bác sĩ quý vị hoặc người kê toa khác), chúng tôi sẽ quyết định liệu quý vị có được nhận quyết định bao trả nhanh hay không.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng bệnh trạng của quý vị không đáp ứng các yêu cầu để nhận quyết định bao trả nhanh, thay vào đó chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.
    - Chúng tôi sẽ gửi thư thông báo cho quý vị biết điều đó. Lá thư thông báo này sẽ cho quý vị biết cách nộp đơn khiếu nại về quyết định đưa ra quyết định tiêu chuẩn cho quý vị của chúng tôi.
    - Quý vị có thể nộp "khiếu nại nhanh" và nhận được trả lời khiếu nại trong vòng 24 giờ. Để biết thêm thông tin về quy trình khiếu nại, gồm cả khiếu nại nhanh, hãy xem Mục 10 trên trang 213.

Thời hạn cho "quyết định bao trả nhanh"

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 24 giờ. Điều này có nghĩa là trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Hoặc 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố ủng hộ yêu cầu của quý vị từ bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa nếu quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi như vậy.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 trong quy trình kháng nghị. Ở Cấp 2, Thực Thể Đánh Giá Độc Lập sẽ đánh giá yêu cầu của quý vị.
    - **Nếu chúng tôi trả lời Có** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị khoản bao trả trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận yêu cầu của quý vị hoặc nhận tuyên bố ủng hộ yêu cầu của quý vị từ bác sĩ hoặc người kê toa của quý vị.
    - **Nếu chúng tôi trả lời Từ Chối** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do tại sao chúng tôi trả lời **Từ Chối**. Lá thư đó cũng sẽ giải thích cách quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho "quyết định bao trả tiêu chuẩn" về loại thuốc quý vị chưa nhận được

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Hoặc sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố ủng hộ từ bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa nếu quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Chúng tôi sẽ trả lời quý vị sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi như vậy.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị đến quy trình kháng nghị Cấp 2. Ở Cấp 2, Thực Thể Đánh Giá Độc Lập sẽ xem xét yêu cầu của quý vị.

- **Nếu chúng tôi trả lời Có** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải phê duyệt hoặc cung cấp khoản bao trả trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc, nếu quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ, tuyên bố ủng hộ từ bác sĩ hoặc của người kê toa của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không** đối với một phần hoặc tất cả những yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bức thư giải thích lý do tại sao chúng tôi nói **Không**. Lá thư cũng sẽ giải thích cách quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Thời hạn cho "quyết định bao trả tiêu chuẩn" về khoản thanh toán cho loại thuốc quý vị đã mua

- Chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 trong quy trình kháng nghị. Ở cấp 2, Thực Thể Đánh Giá Độc Lập sẽ xem xét yêu cầu của quý vị.
    - **Nếu chúng tôi trả lời Đồng Ý** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch.
    - **Nếu câu trả lời của chúng tôi là Không** cho một phần hoặc tất cả những yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do tại sao chúng tôi trả lời **Từ Chối**. Lá thư đó cũng sẽ giải thích cách quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

• Mục 6.5: Kháng Nghị Cấp 1 đối với các thuốc Part D

- Để bắt đầu kháng nghị, quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác hoặc người đại diện của quý vị phải liên lạc với chúng tôi.
- Nếu quý vị muốn yêu cầu kháng nghị tiêu chuẩn, quý vị có thể kháng nghị bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản. Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng nghị bằng cách gọi cho chúng tôi theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.
- Nếu quý vị muốn kháng nghị nhanh, quý vị có thể kháng nghị bằng văn bản hoặc quý vị có thể gọi điện cho chúng tôi.
- Hãy yêu cầu kháng nghị **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày trên thông báo chúng tôi gửi để cho quý vị biết về quyết định của chúng tôi. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ đó, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng nghị. Ví dụ như lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ thời hạn là quý vị mắc bệnh nghiêm trọng, khiến quý vị không thể liên lạc với chúng tôi hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng nghị.

***Xem nhanh:* Cách tiến hành Kháng Nghị Cấp 1**

Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa hoặc người đại diện của quý vị có thể đưa ra yêu cầu bằng văn bản và gửi thư qua đường bưu điện hoặc gửi fax cho chúng tôi. Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng nghị bằng cách gọi điện cho chúng tôi.

Yêu cầu **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày nhận được quyết định mà quý vị muốn kháng nghị. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn vì lý do chính đáng, quý vị vẫn có thể kháng nghị.

Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa hoặc người đại diện của quý vị có thể gọi điện cho chúng tôi để yêu cầu kháng nghị nhanh.

- Hãy đọc mục này để đảm bảo quý vị đủ tiêu chuẩn nhận quyết định nhanh! Cũng nên đọc để tìm hiểu thông tin về các thời hạn đưa ra quyết định.

Thuật ngữ pháp lý *cho việc kháng nghị với chương trình về quyết định bao trả thuốc Part D là "****xác định lại****".*

- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao thông tin về kháng nghị của quý vị. Để yêu cầu một bản sao, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến hết Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

  Nếu muốn, quý vị và bác sĩ của mình hoặc người kê toa khác có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để hỗ trợ kháng nghị của quý vị.

Nếu là do tình trạng sức khỏe của quý vị, hãy yêu cầu "kháng nghị nhanh"

- Nếu quý vị muốn kháng nghị quyết định mà chương trình của chúng tôi đã đưa ra về loại thuốc quý vị vẫn chưa nhận được, quý vị và bác sĩ của mình hoặc người kê toa khác sẽ cần quyết định liệu quý vị có cần "kháng nghị nhanh" hay không.
- Các yêu cầu để nhận "kháng nghị nhanh" giống với các yêu cầu để nhận "quyết định bao trả nhanh" trong Mục 6.4 trên trang 190.

Thuật ngữ pháp lý của "kháng nghị nhanh" đó là **"xác định lại được giải quyết nhanh".**

Chương trình của chúng tôi sẽ xem xét kháng nghị của quý vị và đưa ra quyết định cho quý vị

- Chúng tôi xem xét kỹ lại tất cả các thông tin về yêu cầu bao trả của quý vị. Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có đang tuân thủ tất cả các quy tắc khi trả lời **Từ Chối** với yêu cầu của quý vị hay không. Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác để có thêm thông tin. Người đánh giá sẽ là người không đưa ra quyết định bao trả ban đầu.

Thời hạn cho "kháng nghị nhanh"

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được kháng nghị của quý vị hoặc trong thời gian sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu.
- Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 trong quy trình kháng nghị. Ở Cấp 2, Thực Thể Đánh Giá Độc Lập sẽ xem xét kháng nghị của quý vị.
- **Nếu chúng tôi trả lời Có** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp khoản bao trả trong vòng 72 giờ sau khi nhận được kháng nghị của quý vị.

- **Nếu chúng tôi trả lời Từ Chối** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị giải thích lý do tại sao chúng tôi trả lời **Từ Chối**.

Thời hạn cho "kháng nghị tiêu chuẩn"

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi nhận được kháng nghị của quý vị hoặc trong thời gian sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu, trừ khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền thuốc quý vị đã mua. Nếu quý vị đang yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền thuốc quý vị đã mua, chúng tối phải trả lời quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi nhận được kháng nghị của quý vị. Nếu quý vị cho rằng tình trạng sức khỏe của mình đòi hỏi điều đó, quý vị cần yêu cầu "kháng nghị nhanh".
- Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch, hoặc 14 ngày nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền thuốc quý vị đã mua, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 trong quy trình kháng nghị. Ở Cấp 2, Thực Thể Đánh Giá Độc Lập sẽ xem xét kháng nghị của quý vị.
- **Nếu chúng tôi trả lời Có** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị:
    - Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu bao trả, chúng tôi phải cung cấp khoản bao trả nhanh chóng theo yêu cầu của tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng chậm nhất là 7 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được kháng nghị của quý vị hoặc 14 ngày nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền thuốc quý vị đã mua rồi.
    - Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu hoàn lại tiền cho thuốc quý vị đã mua, chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị.
- **Nếu chúng tôi trả lời Từ Chối** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do tại sao chúng tôi trả lời **Từ Chối** và trình bày cách kháng nghị quyết định của chúng tôi.

> ***Xem nhanh:* Cách tiến hành Kháng Nghị Cấp 2**
>
> Nếu quý vị muốn Thực Thể Đánh Giá Độc Lập xem xét trường hợp của quý vị, quý vị phải có yêu cầu kháng nghị bằng văn bản.
>
> Yêu cầu **trong vòng 60 ngày theo lịch** kể từ ngày nhận được quyết định mà quý vị muốn kháng nghị. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn vì lý do chính đáng, quý vị vẫn có thể kháng nghị.
>
> Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác hoặc đại diện của quý vị có thể yêu cầu Kháng Nghị Cấp 2.
>
> Hãy đọc mục này để đảm bảo quý vị đủ tiêu chuẩn nhận quyết định nhanh! Cũng nên đọc để tìm hiểu thông tin về các thời hạn đưa ra quyết định.

• Mục 6.6: Kháng Nghị Cấp 2 đối với các thuốc Part D

Nếu chúng tôi trả lời **Từ Chối** với một phần hoặc tất cả kháng nghị của quý vị, quý vị có thể chọn chấp nhận quyết định này hay tiến hành một kháng nghị khác. Nếu quý vị quyết định tiếp tục lên Kháng Nghị Cấp 2, Thực Thể Đánh Giá Độc Lập (viết tắt trong tiếng Anh là IRE) sẽ xem xét quyết định của chúng tôi.

- Nếu quý vị muốn IRE xem xét trường hợp của quý vị, yêu cầu kháng nghị của quý vị phải dưới dạng văn bản. Lá thư chúng tôi gửi thông báo về quyết định của chúng tôi ở Kháng Nghị Cấp 1 sẽ giải thích cách yêu cầu Kháng Nghị Cấp 2.
- Khi quý vị kháng nghị với IRE, chúng tôi sẽ gửi cho họ hồ sơ trường hợp của quý vị. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao hồ sơ trường hợp của mình bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.
- Quý vị có quyền cung cấp cho IRE thông tin khác để hỗ trợ kháng nghị của mình.
- IRE là tổ chức độc lập do Medicare thuê. Tổ chức này không liên kết với chương trình này và không phải là cơ quan chính phủ.
- Những người đánh giá tại IRE sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị. Tổ chức này sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích về quyết định của họ.

> **Thuật ngữ pháp lý** cho việc kháng nghị với IRE về thuốc Part D là "**xem xét lại**".

Thời hạn cho "kháng nghị nhanh" ở Cấp 2

- Nếu là do tình trạng sức khỏe của quý vị, hãy yêu cầu Thực Thể Đánh Giá Độc Lập (viết tắt trong tiếng Anh là IRE) đưa ra "kháng nghị nhanh".
- Nếu IRE đồng ý cho phép quý vị "kháng nghị nhanh", IRE phải trả lời Kháng Nghị Cấp 2 của quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị.
- Nếu IRE trả lời **Có** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp cho quý vị khoản bao trả thuốc đó trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được quyết định.

Thời hạn cho "kháng nghị tiêu chuẩn" ở Cấp 2

- Nếu quý vị có kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 2, Thực Thể Đánh Giá Độc Lập (viết tắt trong tiếng Anh là IRE) phải trả lời Kháng Nghị Cấp 2 cho quý vị trong vòng 7 ngày theo lịch sau khi nhận được kháng nghị của quý vị, hoặc 14 ngày nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền thuốc quý vị đã mua.
- Nếu IRE trả lời **Đồng Ý** với một phần hoặc tất cả yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp cho quý vị khoản bao trả thuốc đó trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- Nếu IRE phê duyệt yêu cầu hoàn lại tiền thuốc quý vị đã mua, chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định.

Điều gì sẽ xảy ra nếu Thực Thể Đánh Giá Độc Lập trả lời Từ Chối với Kháng Nghị Cấp 2 của quý vị?

Từ Chối có nghĩa là Thực Thể Đánh Giá Độc Lập (viết tắt trong tiếng Anh là IRE) đồng ý với quyết định của chúng tôi là không phê duyệt yêu cầu của quý vị. Điều này được gọi là "tán thành quyết định". Điều đó cũng được gọi là "khước từ kháng nghị của quý vị".

Nếu quý vị muốn đi đến Cấp 3 của quy trình kháng nghị, thuốc quý vị đang yêu cầu phải đáp ứng một mức tối thiểu. Nếu giá trị đó thấp hơn mức tối thiểu, quý vị không thể kháng nghị thêm. Nếu giá trị đó đủ cao, quý vị có thể yêu cầu kháng nghị Cấp 3. Lá thư quý vị nhận được từ IRE sẽ cho quý vị biết giá trị cần thiết để tiếp tục quy trình kháng nghị.

Mục 7: Yêu cầu chúng tôi bao trả cho việc nằm viện lâu hơn

Khi quý vị được nhập viện, quý vị có quyền nhận tất cả các dịch vụ bệnh viện được chúng tôi bao trả mà cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc thương tích của quý vị.

Trong thời gian quý vị nằm viện được bao trả, bác sĩ của quý vị và đội ngũ nhân viên của bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị rời khỏi bệnh viện. Họ cũng sẽ giúp bố trí bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào mà quý vị có thể cần sau khi rời khỏi bệnh viện.

- Ngày quý vị rời khỏi bệnh viện được gọi là "ngày xuất viện".
- Bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên của bệnh viện sẽ báo cho quý vị biết ngày xuất viện của quý vị là ngày nào.

Nếu quý vị cho rằng mình bị yêu cầu rời khỏi bệnh viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu nằm viện lâu hơn. Mục này trình bày cách yêu cầu.

• Mục 7.1: Tìm hiểu về các quyền của quý vị trong Medicare

Trong vòng hai ngày sau khi quý vị được nhập viện, nhân viên phụ trách trường hợp hoặc y tá sẽ đưa cho quý vị một thông báo có tên là "Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Các Quyền của Quý Vị". Nếu quý vị không nhận được thông báo này, hãy hỏi bất kỳ nhân viên nào của bệnh viện về thông báo này. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị cũng có thể gọi tới 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048.

Đọc kỹ thông báo này và đặt câu hỏi nếu quý vị không hiểu. "Thông Báo Quan Trọng" này cho quý vị biết về các quyền của quý vị với tư cách là bệnh nhân tại bệnh viện, bao gồm quyền của quý vị đối với việc:

- Nhận các dịch vụ được Medicare bao trả trong và sau thời gian nằm viện của quý vị. Quý vị có quyền được biết đây là những dịch vụ gì, ai sẽ thanh toán chúng và nơi quý vị có thể nhận các dịch vụ đó.
- Tham gia vào bất kỳ quyết định nào về thời gian nằm viện của quý vị.
- Biết địa điểm để báo cáo bất kỳ mối lo ngại nào mà quý vị có về chất lượng dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện của quý vị.
- Kháng nghị nếu quý vị cho rằng mình được xuất viện quá sớm.

Quý vị phải ký vào thông báo của Medicare để thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo đó và hiểu các quyền của mình. Việc ký vào thông báo **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với ngày xuất viện mà bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên của bệnh viện đã cho quý vị biết.

Giữ bản sao thông báo đã ký để quý vị sẽ có thông tin trong đó khi cần.

- Để xem trước bản sao của thông báo này, quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị cũng có thể gọi tới 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Cuộc gọi này miễn phí.
- Quý vị cũng có thể xem thông báo trực tuyến tại địa chỉ https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.
- Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc Medicare theo các số điện thoại được liệt kê ở trên.

• Mục 7.2: Kháng Nghị Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Nếu quý vị muốn chúng tôi bao trả cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện cho quý vị trong thời gian dài hơn, quý vị phải yêu cầu kháng nghị. Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ xem xét Kháng Nghị Cấp 1 để xem liệu ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị có phù hợp về mặt y tế đối với quý vị hay không. Tại California, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng được gọi là Livanta.

Để đưa ra kháng nghị thay đổi ngày xuất viện của quý vị, hãy gọi cho Livanta theo số: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Gọi ngay lập tức!

Hãy gọi cho Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng **trước khi** quý vị rời khỏi bệnh viện và chậm nhất vào ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị. "*Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Các Quyền của Quý Vị"* có chứa thông tin về cách tiếp cận Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng.

- **Nếu quý vị gọi trước khi rời khỏi bệnh viện**, quý vị được phép ở lại bệnh viện *sau* ngày xuất viện theo kế hoạch mà *không phải thanh toán cho thời gian đó* trong khi chờ nhận quyết định về kháng nghị từ Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng.
- **Nếu quý vị không gọi để kháng nghị**, và quyết định ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị, quý vị có thể phải thanh toán tất cả các chi phí cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

> ***Xem nhanh:* Cách đưa ra Kháng Nghị Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị**
>
> Hãy gọi cho Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng ở tiểu bang của quý vị theo số 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) và yêu cầu "đánh giá nhanh".
>
> Gọi trước khi quý vị rời khỏi bệnh viện và trước ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

- **Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn** để liên lạc Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng về kháng nghị của quý vị, thay vào đó quý vị có thể đưa ra kháng nghị trực tiếp cho chương trình của chúng tôi. Để biết thông tin chi tiết, hãy xem Mục 7.4 trên trang 203.
- Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng không lắng nghe yêu cầu được tiếp tục ở lại bệnh viện của quý vị, quý vị cũng có thể yêu cầu Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (viết tắt trong tiếng Anh là DMHC) của Tiểu Bang California Đánh Giá Y Tế Độc Lập. Vui lòng đến Mục 5.4 trên trang 178 để tìm hiểu cách yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập.

Chúng tôi muốn đảm bảo rằng quý vị hiểu quý vị cần làm gì và có những thời hạn nào.

- **Yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần**. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp tại bất cứ thời điểm nào, vui lòng gọi đến bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị cũng có thể gọi đến chương trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (viết tắt trong tiếng Anh là HICAP) theo số 1-800-434-0222. Hoặc quý vị có thể gọi cho chương trình Cal MediConnect Ombuds Program theo số điện thoại 1-855-501-3077.

Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng là gì?

Tổ chức này là một nhóm bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả lương. Các chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi. Tổ chức này được Medicare trả lương để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho những người có bảo hiểm Medicare.

Yêu cầu “đánh giá nhanh”

Quý vị phải yêu cầu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng **”đánh giá nhanh**” việc xuất viện của mình. Yêu cầu “đánh giá nhanh” có nghĩa là quý vị đang yêu cầu tổ chức sử dụng thời hạn nhanh đối với kháng nghị thay vì sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.

> *Thuật ngữ **pháp lý** của “đánh giá nhanh” đó là **“đánh giá ngay lập tức.”***

Điều gì sẽ xảy ra trong quá trình đánh giá nhanh?

- Những người đánh giá tại Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị tại sao quý vị cho rằng khoản bao trả cần tiếp tục sau ngày xuất viện theo kế hoạch. Quý vị không phải chuẩn bị bất kỳ thứ gì bằng văn bản, tuy nhiên quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.
- Người đánh giá sẽ xem xét hồ sơ y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và xem xét tất cả các thông tin có liên quan đến thời gian nằm viện của quý vị.
- Muộn nhất là vào trưa ngày sau khi những người đánh giá thông báo cho chúng tôi về kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ nhận được một lá thư cho biết ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị. Lá thư này giải thích lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi cho rằng quý vị xuất viện vào ngày đó là phù hợp.

Thuật ngữ pháp lý *của giải thích bằng văn bản này được gọi là* ***"Thông Báo Xuất Viện Chi Tiết."*** *Quý vị có thể nhận được mẫu bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711),* từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. *Quý vị cũng có thể gọi tới 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Hoặc quý vị có thể xem mẫu thông báo trực tuyến tại https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html*

Điều gì sẽ xảy ra nếu câu trả lời là Đồng Ý?

- Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng trả lời **Đồng Ý** với kháng nghị của quý vị, chúng tôi phải tiếp tục bao trả dịch vụ tại bệnh viện của quý vị cho đến khi nào các dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.

Điều gì sẽ xảy ra nếu câu trả lời là Từ Chối?

- Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng trả lời **Từ Chối** với kháng nghị của quý vị, họ muốn nói rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Nếu điều này xảy ra, khoản bao trả của chúng tôi cho các dịch vụ tại bệnh viện cho bệnh nhân nội trú của quý vị sẽ chấm dứt vào trưa ngày *sau khi* Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng trả lời quý vị.
- Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng trả lời **Từ Chối** và quý vị quyết định ở lại bệnh viện, khi đó quý vị có thể phải trả chi phí cho thời gian nằm viện liên tục của quý vị. Chi phí cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị có thể phải thanh toán bắt đầu vào trưa của ngày sau khi Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng trả lời quý vị.
- Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng đã khước từ kháng nghị của quý vị và quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến, khi đó quý vị có thể tiến hành Kháng Nghị Cấp 2.

• Mục 7.3: Kháng Nghị Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng đã khước từ kháng nghị của quý vị *và* quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của mình, khi đó quý vị có thể tiến hành Kháng Nghị Cấp 2. Quý vị sẽ cần liên lạc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng lại lần nữa và yêu cầu một cuộc xem xét khác.

Hãy yêu cầu xem xét Cấp 2 **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng trả lời **Từ Chối** với Kháng Nghị Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu việc xem xét này nếu quý vị đã nằm viện sau ngày khoản bao trả cho dịch vụ chăm sóc đó của quý vị đã chấm dứt.

Tại California, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng được gọi là Livanta. Quý vị có thể liên lạc Livanta theo số: **1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).**

- Những người đánh giá ở Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ xem xét kỹ lại tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.
- Trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu xem xét lần hai của quý vị, những người đánh giá của Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ đưa ra quyết định.

> ***Xem nhanh:* Cách đưa ra Kháng Nghị Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị**
>
> Gọi tới Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng tại tiểu bang của quý vị theo số 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) và yêu cầu một đánh giá khác.

Điều gì sẽ xảy ra nếu câu trả lời là Đồng Ý?

- Chúng tôi phải hoàn lại cho quý vị phần đồng trả chi phí của mình cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã nhận từ trưa của ngày sau ngày ra quyết định kháng nghị đầu tiên của quý vị. Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp khoản bao trả cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện cho bệnh nhân nội trú của quý vị cho đến khi nào điều đó còn cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần đồng trả chi phí của mình và các giới hạn bao trả có thể áp dụng.

Điều gì sẽ xảy ra nếu câu trả lời là Từ Chối?

Điều đó có nghĩa là Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng đồng ý với quyết định Cấp 1 và sẽ không thay đổi quyết định đó. Lá thư quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết quý vị có thể làm gì nếu muốn tiếp tục quy trình kháng nghị.

Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng khước từ Kháng Nghị Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho thời gian quý vị nằm viện sau ngày xuất viện dự kiến.

Quý vị cũng có thể yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập để tiếp tục nằm viện. Vui lòng đến Mục 5.4 trên trang 178 để tìm hiểu cách yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập.

• Mục 7.4: Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi bỏ lỡ thời hạn kháng nghị?

Nếu quý vị bỏ lỡ các thời hạn kháng nghị, vẫn có cách khác để thực hiện các Kháng Nghị Cấp 1 và Cấp 2, được gọi là các Kháng Nghị Thay Thế. Nhưng hai cấp kháng nghị đầu tiên là khác nhau.

Kháng Nghị Thay Thế Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên lạc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng, quý vị có thể kháng nghị với chúng tôi, yêu cầu "đánh giá nhanh". Đánh giá nhanh là kháng nghị sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn tiêu chuẩn.

- Trong quá trình đánh giá này, chúng tôi xem xét tất cả các thông tin về việc nằm viện của quý vị. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu quyết định về thời gian quý vị cần rời khỏi bệnh viện có hợp lý và tuân thủ tất cả các quy tắc hay không.
- Chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn nhanh, chứ không phải thời hạn tiêu chuẩn để trả lời quý vị về việc đánh giá này. Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi quý vị yêu cầu "đánh giá nhanh".
- **Nếu chúng tôi trả lời Đồng Ý với đánh giá nhanh của quý vị**, điều đó có nghĩa là chúng tôi đồng ý rằng quý vị vẫn cần nằm viện sau ngày xuất viện. Chúng tôi sẽ tiếp tục bao trả các dịch vụ tại bệnh viện của quý vị cho đến khi nào điều đó còn cần thiết về mặt y tế.
- Điều đó cũng có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý hoàn lại cho quý vị phần đồng trả chi phí của mình cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận từ ngày chúng tôi tuyên bố khoản bao trả của quý vị chấm dứt.
- **Nếu chúng tôi trả lời Từ Chối với đánh giá nhanh của quý vị**, chúng tôi muốn nói rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Khoản bao trả của chúng tôi cho các dịch vụ tại bệnh viện cho bệnh nhân nội trú của quý vị chấm dứt vào ngày chúng tôi tuyên bố khoản bao trả của quý vị chấm dứt.
    - Nếu quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện theo kế hoạch của mình, khi đó **quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí** cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện đã nhận sau ngày xuất viện theo kế hoạch đó.

> ***Xem nhanh:* Cách tiến hành Kháng Nghị Thay Thế Cấp 1**
>
> Gọi đến số bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của chúng tôi từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến hết Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn yêu cầu "đánh giá nhanh" ngày xuất viện của quý vị.
>
> Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị quyết định của chúng tôi trong vòng 72 giờ.

Để đảm bảo chúng tôi đã tuân thủ tất cả các quy tắc khi trả lời **Từ Chối** với kháng nghị nhanh của quý vị, chúng tôi sẽ gửi kháng nghị của quý vị tới Thực Thể Đánh Giá Độc Lập. Khi chúng tôi thực hiện điều này, điều đó có nghĩa là trường hợp của quý vị *tự động* chuyển sang Cấp 2 của quy trình kháng nghị.

> ***Thuật ngữ pháp lý*** *cho "đánh giá nhanh" hoặc "kháng nghị nhanh" là* ***"kháng nghị được giải quyết nhanh."***

Kháng Nghị Thay Thế Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị

Chúng tôi sẽ gửi thông tin về Kháng Nghị Cấp 2 của quý vị đến Thực Thể Đánh Giá Độc Lập (viết tắt trong tiếng Anh là IRE) trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi cung cấp cho quý vị quyết định Cấp 1 của chúng tôi. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hoặc các thời hạn khác, quý vị có thể khiếu nại. Mục 10 trên trang 213 trình bày cách khiếu nại.

Trong thời gian tiến hành Kháng Nghị Cấp 2, IRE sẽ xem xét quyết định mà chúng tôi đã đưa ra khi chúng tôi trả lời **Từ Chối** với "đánh giá nhanh" của quý vị. Tổ chức này quyết định liệu có cần thay đổi quyết định chúng tôi đã đưa ra hay không.

- IRE tiến hành "đánh giá nhanh" về kháng nghị của quý vị. Những người đánh giá thường sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ.
- IRE là tổ chức độc lập do Medicare thuê. Tổ chức này không liên kết với chương trình của chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ.
- Những người đánh giá tại IRE sẽ xem xét kỹ tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị về việc xuất viện của quý vị.
- Nếu IRE trả lời **Đồng Ý** với kháng nghị của quý vị, khi đó chúng tôi phải hoàn lại cho quý vị phần đồng trả chi phí của mình cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện quý vị đã nhận từ ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị. Chúng tôi cũng phải tiếp tục khoản bao trả của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện của quý vị cho đến khi nào điều đó còn cần thiết về mặt y tế.
- Nếu IRE trả lời **Từ Chối** với kháng nghị của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với chúng tôi rằng ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị là phù hợp về mặt y tế.

> ***Xem nhanh:*** **Cách tiến hành Kháng Nghị Thay Thế Cấp 2**
>
> Quý vị không phải làm bất cứ điều gì. Chương trình sẽ tự động gửi kháng nghị của quý vị lên Thực Thể Đánh Giá Độc Lập.

- Thư quý vị nhận được từ IRE sẽ cho quý vị biết những điều quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục quy trình đánh giá. Thông báo này sẽ cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về cách tiếp tục với Kháng Nghị Cấp 3, do thẩm phán xử lý.

  Quý vị cũng có thể yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập để tiếp tục nằm viện. Vui lòng đến Mục 5.4 trên trang 178 để tìm hiểu cách yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập. Quý vị có thể yêu cầu Đánh Giá Y Tế Độc Lập bên cạnh hoặc thay thế Kháng Nghị Cấp 3.

Mục 8: Việc cần làm nếu quý vị cho rằng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc điều dưỡng chuyên môn hoặc dịch vụ của Cơ Sở Chăm Sóc Ngoại Trú Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện (viết tắt trong tiếng Anh là CORF) kết thúc quá sớm

Mục này chỉ trình bày về các loại dịch vụ chăm sóc sau đây:

- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia.
- Dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn tại dưỡng đường chuyên môn.
- Dịch vụ chăm sóc phục hồi chức năng quý vị đang nhận với tư cách là bệnh nhân ngoại trú tại Cơ Sở Chăm Sóc Ngoại Trú Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện (viết tắt trong tiếng Anh là CORF) được Medicare phê duyệt. Thông thường, điều này có nghĩa là quý vị đang nhận điều trị cho bệnh tật hoặc tai nạn hoặc quý vị đang phục hồi từ một cuộc đại phẫu.
    - Với bất kỳ loại dịch vụ chăm sóc nào trong số ba loại này, quý vị có quyền tiếp tục nhận các dịch vụ được bao trả cho đến khi nào bác sĩ cho rằng quý vị còn cần dịch vụ chăm sóc đó.
    - Khi chúng tôi quyết định ngừng bao trả bất kỳ loại nào trong số này, chúng tôi cần thông báo cho quý vị trước khi ngừng dịch vụ của quý vị. Khi khoản bao trả của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó chấm dứt, chúng tôi sẽ ngừng chi trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi chấm dứt khoản bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi**. Mục này trình bày cách yêu cầu kháng nghị.

• Mục 8.1: Chúng tôi sẽ báo trước cho quý vị khi khoản bao trả của quý vị sắp chấm dứt

Tối thiểu hai ngày trước khi chúng tôi ngừng chi trả dịch vụ chăm sóc của quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo. Thông báo này được gọi là “Thông Báo về Khoản Không Được Medicare Bao Trả”.

- Thông báo bằng văn bản này sẽ cho quý vị biết ngày chúng tôi ngừng bao trả dịch vụ chăm sóc của quý vị.

- Thông báo bằng văn bản cũng sẽ cho quý vị biết cách kháng nghị quyết định này.

Quý vị hoặc người đại diện của quý vị phải ký vào thông báo bằng văn bản đó để thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo. Việc ký vào thông báo này **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với chương trình rằng đã đến lúc ngừng nhận dịch vụ chăm sóc đó.

Khi khoản bao trả của quý vị chấm dứt, chúng tôi sẽ ngừng thanh toán.

• Mục 8.2: Kháng Nghị Cấp 1 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi chấm dứt khoản bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi. Mục này trình bày cách yêu cầu kháng nghị.

Trước khi quý vị bắt đầu kháng nghị, hãy tìm hiểu về điều quý vị cần làm và các thời hạn.

- **Đáp ứng thời hạn.** Thời hạn rất quan trọng. Hãy chắc chắn rằng quý vị hiểu và tuân thủ thời hạn áp dụng với các điều quý vị phải làm. Chương trình của chúng tôi cũng phải tuân thủ một số thời hạn. (Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng các thời hạn, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Mục 10 trên trang 213 trình bày cách nộp đơn khiếu nại.)
    - **Yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần**. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp tại bất cứ thời điểm nào, vui lòng gọi đến bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí. Hoặc gọi tới chương trình State Health Insurance Assistance Program của quý vị tại San Diego theo số: (858) 565-8772 hoặc (858) 565-1392 (TTY: 711(Dịch Vụ Tiếp Âm Quốc Gia)).

Trong thời gian Kháng Nghị Cấp 1, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ đánh giá kháng nghị của quý vị và quyết định liệu có thay đổi quyết định mà chúng tôi đã đưa ra hay không. Tại California, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng được gọi là Livanta. Quý vị có thể liên lạc Livanta theo số: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Thông tin về kháng nghị lên Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng cũng có trong "Thông Báo về Khoản Không Được Medicare Bao Trả". Đây là thông báo quý vị nhận được khi quý vị được cho biết rằng chúng tôi sẽ ngừng bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.

***Xem nhanh:* Cách tiến hành Kháng Nghị Cấp 1 để yêu cầu chương trình tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị**

Hãy gọi cho Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng ở tiểu bang của quý vị theo số 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) và yêu cầu "kháng nghị xử lý nhanh".

Hãy gọi điện trước khi quý vị rời cơ quan hoặc cơ sở đang cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị và trước ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng là gì?

Tổ chức này là một nhóm bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ liên bang trả lương. Các chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi. Tổ chức này được Medicare trả lương để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho những người có bảo hiểm Medicare.

Quý vị cần yêu cầu điều gì?

Hãy yêu cầu họ tiến hành "kháng nghị xử lý nhanh". Đây là xem xét độc lập về việc liệu có phù hợp về mặt y tế khi chúng tôi chấm dứt bao trả cho các dịch vụ của quý vị hay không.

Thời hạn để quý vị liên lạc với tổ chức này là khi nào?

- Quý vị phải liên lạc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng chậm nhất là trưa của ngày sau khi quý vị nhận được thông báo bằng văn bản cho biết thời điểm chúng tôi sẽ ngừng bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên lạc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng về kháng nghị của mình, thay vào đó quý vị có thể kháng nghị trực tiếp tới chúng tôi. Để biết thông tin chi tiết về cách kháng nghị khác này, hãy xem Mục 8.4 trên trang 210.
- Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng không lắng nghe yêu cầu của quý vị đối với việc tiếp tục khoản bao trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, quý vị có thể yêu cầu Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (viết tắt trong tiếng Anh là DMHC) của Tiểu Bang California tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập. Vui lòng đến Mục 5.4 trên trang 178.để tìm hiểu cách yêu cầu Sở tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập.

> ***Thuật ngữ pháp lý*** *dành cho thông báo bằng văn bản này là* ***"Thông Báo về Khoản Không Được Medicare Bao Trả."***
> *Để nhận một bản sao mẫu, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị vào ngày làm việc tiếp theo, hoặc qua 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Hoặc xem bản sao trực tuyến tại https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html*

Điều gì sẽ xảy ra trong quá trình xem xét của Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng?

- Những người đánh giá ở Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị tại sao quý vị cho rằng khoản bao trả cho dịch vụ đó cần tiếp tục. Quý vị không phải chuẩn bị bất kỳ thứ gì bằng văn bản, tuy nhiên quý vị có thể làm như vậy nếu muốn.
- Khi quý vị yêu cầu kháng nghị, chương trình phải viết thư cho quý vị và Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng để giải thích lý do chấm dứt các dịch vụ của quý vị.
- Những người đánh giá cũng sẽ xem xét hồ sơ y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- **Trong vòng trọn một ngày sau khi có được tất cả các thông tin họ cần, những người đánh giá sẽ cho quý vị biết quyết định của họ.** Quý vị sẽ nhận được thư giải thích về quyết định đó.

> ***Thuật ngữ pháp lý*** *dành cho thư giải thích lý do chấm dứt các dịch vụ của quý vị là* ***"Giải Thích Chi Tiết về Khoản Không Được Bao Trả".***

Điều gì sẽ xảy ra nếu những người đánh giá trả lời Đồng Ý?

- Nếu những người đánh giá trả lời **Đồng Ý** với kháng nghị của quý vị, khi đó chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ được bao trả của quý vị cho đến khi nào các dịch vụ đó còn cần thiết về mặt y tế.

Điều gì sẽ xảy ra nếu những người đánh giá trả lời Từ Chối?

- Nếu những người đánh giá trả lời **Từ Chối** với kháng nghị của quý vị, khi đó khoản bao trả của quý vị sẽ chấm dứt vào ngày chúng tôi đã thông báo với quý vị. Chúng tôi sẽ ngừng trả phần đồng trả chi phí của mình cho dịch vụ chăm sóc này.
- Nếu quý vị quyết định tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, dịch vụ chăm sóc tại dưỡng đường chuyên môn hoặc dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (viết tắt trong tiếng Anh là CORF) *sau* ngày khoản bao trả của quý vị chấm dứt, khi đó quý vị sẽ phải tự trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc này.

• Mục 8.3: Kháng Nghị Cấp 2 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị

Nếu Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng trả lời **Từ Chối** với kháng nghị **và** quý vị chọn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi khoản bao trả cho dịch vụ chăm sóc đó đã chấm dứt, quý vị có thể tiến hành Kháng Nghị Cấp 2.

Trong thời gian tiến hành Kháng Nghị Cấp 2, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ tiến hành xem xét lại quyết định họ đã đưa ra ở Cấp 1. Nếu họ đồng ý với quyết định Cấp 1, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, dịch vụ chăm sóc tại dưỡng đường chuyên môn hoặc dịch vụ tại Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (viết tắt trong tiếng Anh là CORF) của mình sau ngày chúng tôi tuyên bố khoản bao trả của quý vị chấm dứt.

Tại California, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng được gọi là Livanta. Quý vị có thể liên lạc Livanta theo số: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Hãy yêu cầu xem xét Cấp 2 **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng trả lời **Từ Chối** với Kháng Nghị Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu việc xem xét này nếu tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày khoản bao trả của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó chấm dứt.

- Những người đánh giá ở Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ xem xét kỹ lại tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.
- Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng sẽ ra quyết định của mình trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị.

Xem nhanh: Cách tiến hành Kháng Nghị Cấp 2 để yêu cầu chương trình bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian dài hơn

Gọi tới Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng tại tiểu bang của quý vị theo số 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) và yêu cầu một cuộc xem xét khác.

Hãy gọi điện trước khi quý vị rời cơ quan hoặc cơ sở đang cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị và trước ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức đánh giá trả lời Đồng Ý?

- Chúng tôi phải hoàn lại cho quý vị phần đồng trả chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận từ ngày chúng tôi tuyên bố khoản bao trả của quý vị chấm dứt. Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp khoản bao trả cho dịch vụ chăm sóc cho đến khi nào điều đó còn cần thiết về mặt y tế.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tổ chức đánh giá trả lời Từ Chối?

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định họ đã đưa ra cho Kháng Nghị Cấp 1 và sẽ không thay đổi quyết định đó.
- Lá thư quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết điều cần làm nếu muốn tiếp tục quy trình xem xét. Thông báo này sẽ cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về cách tiếp tục với Kháng Nghị Cấp 3, do thẩm phán xử lý.
- Quý vị cũng có thể yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập để tiếp tục nhận khoản bao trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng đến Mục 5.4 trên trang 178 để tìm hiểu cách yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập. Quý vị có thể yêu cầu Xem Xét Y Tế Độc Lập bên cạnh hoặc thay thế Kháng Nghị Cấp 3.

• Mục 8.4: Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn tiến hành Kháng Nghị Cấp 1?

Nếu quý vị bỏ lỡ các thời hạn kháng nghị, vẫn có cách khác để thực hiện các Kháng Nghị Cấp 1 và Cấp 2, được gọi là các Kháng Nghị Thay Thế. Nhưng hai cấp kháng nghị đầu tiên là khác nhau.

Kháng Nghị Thay Thế Cấp 1 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian dài hơn

Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên lạc với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng, quý vị có thể kháng nghị với chúng tôi, yêu cầu "đánh giá nhanh". Đánh giá nhanh là kháng nghị sử dụng thời hạn nhanh thay vì thời hạn tiêu chuẩn.

Xem nhanh: Cách tiến hành Kháng Nghị Thay Thế Cấp 1

Gọi đến số bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của chúng tôi từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị vào ngày làm việc tiếp theo và yêu cầu "đánh giá nhanh ngày xuất viện của quý vị"

Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị quyết định của chúng tôi trong vòng 72 giờ.

- Trong quá trình đánh giá này, chúng tôi xem xét tất cả các thông tin về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, dịch vụ chăm sóc tại dưỡng đường chuyên môn hoặc dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được tại Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (viết tắt trong tiếng Anh là CORF). Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu quyết định về thời gian dịch vụ của quý vị chấm dứt có hợp lý và tuân thủ tất cả các quy tắc hay không.
- Chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn nhanh, chứ không phải thời hạn tiêu chuẩn để trả lời quý vị về việc đánh giá này. Chúng tôi sẽ ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi quý vị yêu cầu "đánh giá nhanh".
- **Nếu chúng tôi trả lời Đồng Ý** với đánh giá nhanh của quý vị, điều này có nghĩa là chúng tôi đồng ý rằng chúng tôi sẽ tiếp tục bao trả cho các dịch vụ của quý vị cho đến khi nào điều đó còn cần thiết về mặt y tế.
- Điều đó cũng có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý hoàn lại cho quý vị phần đồng trả chi phí của mình cho dịch vụ chăm sóc quý vị đã nhận từ ngày chúng tôi tuyên bố khoản bao trả của quý vị chấm dứt.
- **Nếu chúng tôi trả lời Từ Chối** với đánh giá nhanh của quý vị, chúng tôi muốn nói rằng việc ngừng dịch vụ của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Khoản bao trả của chúng tôi kết thúc vào ngày chúng tôi cho biết khoản bao trả sẽ kết thúc.

Nếu quý vị tiếp tục nhận các dịch vụ sau ngày chúng tôi cho biết các dịch vụ sẽ kết thúc, **quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí** cho các dịch vụ này.

Để đảm bảo chúng tôi đã tuân thủ tất cả các quy tắc khi trả lời **Từ Chối** với kháng nghị nhanh của quý vị, chúng tôi sẽ gửi kháng nghị của quý vị tới "Thực Thể Đánh Giá Độc Lập". Khi chúng tôi thực hiện điều này, có nghĩa là trường hợp của quý vị tự động chuyển sang quy trình kháng nghị Cấp 2.

> ***Thuật ngữ pháp lý*** *cho "đánh giá nhanh" hoặc "kháng nghị nhanh" là "****kháng nghị được giải quyết nhanh."***

Kháng Nghị Thay Thế Cấp 2 để tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian dài hơn

Chúng tôi sẽ gửi thông tin về Kháng Nghị Cấp 2 của quý vị đến Thực Thể Đánh Giá Độc Lập (viết tắt trong tiếng Anh là IRE) trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi cung cấp cho quý vị quyết định Cấp 1 của chúng tôi. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hoặc các thời hạn khác, quý vị có thể khiếu nại. Mục 10 trên trang 213 trình bày cách khiếu nại.

Trong thời gian tiến hành Kháng Nghị Cấp 2, **IRE** sẽ xem xét quyết định mà chúng tôi đã đưa ra khi chúng tôi trả lời **Từ Chối** với "đánh giá nhanh" của quý vị. Tổ chức này quyết định liệu có cần thay đổi quyết định chúng tôi đã đưa ra hay không.

- IRE tiến hành "đánh giá nhanh" về kháng nghị của quý vị. Những người đánh giá thường sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ.
- IRE là tổ chức độc lập do Medicare thuê. Tổ chức này không liên kết với chương trình của chúng tôi, và không phải là cơ quan chính phủ.

Xem nhanh: Cách tiến hành Kháng Nghị Cấp 2 để yêu cầu chương trình tiếp tục dịch vụ chăm sóc của quý vị

Quý vị không phải làm bất cứ điều gì. Chương trình sẽ tự động gửi kháng nghị của quý vị lên Thực Thể Đánh Giá Độc Lập.

- Những người đánh giá tại IRE sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.
- **Nếu IRE trả lời Đồng Ý** với kháng nghị của quý vị thì chúng tôi phải hoàn lại cho quý vị phần đồng trả chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc. Chúng tôi cũng phải tiếp tục khoản bao trả của chương trình cho các dịch vụ của quý vị cho đến khi nào điều đó còn cần thiết về mặt y tế.
- **Nếu IRE trả lời Từ Chối** với kháng nghị của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với chúng tôi rằng việc ngừng bao trả dịch vụ là phù hợp về mặt y tế.

Thư quý vị nhận được từ IRE sẽ cho quý vị biết những điều quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục quy trình đánh giá. Thư này sẽ cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về cách tiếp tục lên Kháng Nghị Cấp 3, do thẩm phán xử lý.

Quý vị cũng có thể yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập để tiếp tục nhận khoản bao trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng đến Mục 5.4 trên trang 178 để tìm hiểu cách yêu cầu DMHC tiến hành Đánh Giá Y Tế Độc Lập. Quý vị có thể yêu cầu Đánh Giá Y Tế Độc Lập bên cạnh hoặc thay thế Kháng Nghị Cấp 3.

Mục 9: Chuyển kháng nghị của quý vị lên cấp cao hơn Cấp 2

• Mục 9.1: Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và vật dụng của Medicare

Nếu quý vị tiến hành Kháng Nghị Cấp 1 và Kháng Nghị Cấp 2 đối với các dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare và cả hai kháng nghị này đều đã bị khước từ, quý vị có thể có quyền đưa lên các cấp kháng nghị bổ sung. Thư quý vị nhận được từ Thực Thể Đánh Giá Độc Lập sẽ cho quý vị biết những điều quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục quy trình kháng nghị.

Cấp 3 của quy trình kháng nghị là phiên điều trần do Thẩm Phán Luật Hành Chính (viết tắt trong tiếng Anh là ALJ) làm chủ tọa. Người đưa ra quyết định trong kháng nghị Cấp 3 là ALJ hoặc thẩm phán luật sư. Nếu quý vị muốn ALJ hoặc quan tòa xem xét trường hợp của quý vị, vật dụng hoặc dịch vụ y tế quý vị đang yêu cầu sẽ phải đạt đến một mức giá trị tối thiểu. Nếu giá trị đó thấp hơn mức tối thiểu, quý vị không thể kháng nghị thêm. Nếu giá trị đó đủ cao, quý vị có thể yêu cầu ALJ hoặc quan tòa xét xử kháng nghị của quý vị.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của ALJ hoặc quan tòa, quý vị có thể chuyển sang Hội Đồng Kháng Nghị của Medicare. Sau đó, quý vị có thể có quyền yêu cầu tòa án liên bang xem xét kháng nghị của quý vị.

Nếu quý vị cần hỗ trợ tại bất cứ giai đoạn nào của quy trình kháng nghị, quý vị có thể liên lạc chương trình Cal MediConnect Ombuds Program theo số 1-888-452-8609.

• Mục 9.2: Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và vật dụng của Medi-Cal

Quý vị cũng có quyền kháng nghị thêm nếu kháng nghị của quý vị là về các dịch vụ hoặc vật dụng có thể được Medi-Cal bao trả. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang và muốn thẩm phán khác xem xét, quý vị có thể yêu cầu phiên điều trần lại và/hoặc yêu cầu phúc thẩm.

Để yêu cầu phiên điều trần lại, hãy gửi yêu cầu bằng văn bản (thư) qua đường bưu điện đến:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Thư này phải được gửi đi trong vòng 30 ngày sau khi quý vị nhận được quyết định của mình. Thời hạn này có thể kéo dài lên đến 180 ngày nếu quý vị có lý do chính đáng cho việc gửi trễ.

Trong yêu cầu phiên điều trần lại của quý vị, hãy ghi rõ ngày quý vị đã nhận được quyết định và lý do tại sao cần được chấp thuận phiên điều trần lại. Nếu quý vị muốn đệ trình bằng chứng bổ sung, hãy mô tả bằng chứng bổ sung và giải thích lý do bằng chứng này đã không được đưa ra trước đây và bằng chứng này sẽ thay đổi quyết định như thế nào. Quý vị có thể liên lạc với bộ phận dịch vụ pháp lý để được trợ giúp.

Để yêu cầu phúc thẩm, quý vị phải nộp đơn lên Tòa Thượng Thẩm (theo Bộ Luật Tố Tụng Dân Sự Mục 1094.5) trong vòng một năm sau khi quý vị nhận được quyết định của mình. Nộp đơn của quý vị lên Tòa Thượng Thẩm của hạt có tên trong quyết định của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn này mà không cần yêu cầu phiên điều trần lại. Không mất phí nộp đơn. Quý vị có thể có quyền được chi trả cho phí luật sư và các chi phí hợp lý nếu Tòa Án đưa ra quyết định cuối cùng có lợi cho quý vị.

Nếu phiên điều trần lại đã được xét xử và quý vị không đồng ý với quyết định của phiên điều trần lại, quý vị có thể xin phúc thẩm nhưng không thể yêu cầu phiên điều trần lại khác.

Mục 10: Cách thức khiếu nại

Nên khiếu nại các loại vấn đề nào?

Quy trình khiếu nại được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định như các vấn đề liên quan đến chất lượng dịch vụ chăm sóc, thời gian chờ và dịch vụ khách hàng. Sau đây là ví dụ về một số loại vấn đề được quy trình khiếu nại xử lý.

Khiếu nại về chất lượng

- Quý vị không hài lòng với chất lượng dịch vụ chăm sóc, chẳng hạn như dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được ở bệnh viện.

***Xem nhanh:* Cách khiếu nại**

Quý vị có thể khiếu nại nội bộ với chương trình của chúng tôi và/hoặc khiếu nại bên ngoài với tổ chức không liên kết với chương trình của chúng tôi.

Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc gửi thư cho chúng tôi để khiếu nại nội bộ.

Có các tổ chức khác xử lý các khiếu nại bên ngoài. Để biết thêm thông tin, hãy đọc Mục 10.2 trên trang 217.

Khiếu nại về quyền riêng tư

- Quý vị cho rằng người nào đó đã không tôn trọng quyền riêng tư của quý vị hoặc chia sẻ thông tin bảo mật về quý vị.

Khiếu nại về dịch vụ khách hàng kém chất lượng

- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên đã thô lỗ hoặc không tôn trọng quý vị.
- Nhân viên Health Net Cal MediConnect cư xử tệ với quý vị.
- Quý vị cho rằng quý vị đang bị đẩy ra khỏi chương trình.

Khiếu nại về khả năng tiếp cận

- Quý vị không thể tiếp cận được các dịch vụ và cơ sở chăm sóc sức khỏe tại văn phòng của bác sĩ hoặc nhà cung cấp.
- Nhà cung cấp của quý vị không cung cấp cho quý vị các bố trí hợp lý mà quý vị cần như thông dịch viên Ngôn Ngữ Ký Hiệu của Mỹ.

Khiếu nại về thời gian chờ

- Quý vị đang gặp khó khăn khi lên lịch hẹn hoặc chờ quá lâu để được hẹn.
- Quý vị đã bị các bác sĩ, dược sĩ hoặc các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác hoặc bộ phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc các nhân viên khác của chương trình bắt chờ đợi quá lâu.

Khiếu nại về vệ sinh

- Quý vị cho rằng phòng khám, bệnh viện hoặc văn phòng của bác sĩ không sạch sẽ.

Khiếu nại về sự tiếp cận ngôn ngữ

- Bác sĩ hoặc nhà cung cấp của quý vị không cung cấp cho quý vị thông dịch viên trong suốt buổi hẹn của quý vị.

Khiếu nại về thông tin liên lạc từ chúng tôi

- Quý vị cho rằng chúng tôi đã không thông báo hoặc gửi thư cho quý vị mà đáng lẽ quý vị cần phải nhận được.
- Quý vị cho rằng các thông tin bằng văn bản chúng tôi gửi cho quý vị quá khó hiểu.

Khiếu nại về tính kịp thời của các hành động của chúng tôi có liên quan đến quyết định bao trả hoặc kháng nghị

- Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn đối với việc đưa ra quyết định bao trả hoặc trả lời kháng nghị của quý vị.

- Quý vị cho rằng sau khi nhận được khoản bao trả hoặc quyết định kháng nghị có lợi cho quý vị, chúng tôi không đáp ứng các thời hạn phê duyệt hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị hoặc hoàn lại tiền cho quý vị đối với một số dịch vụ y tế.
- Quý vị cho rằng chúng tôi đã không chuyển tiếp trường hợp của quý vị lên Thực Thể Đánh Giá Độc Lập đúng hạn.

> ***Thuật ngữ pháp lý*** *của "khiếu nại" đó là "****lời than phiền****".*
>
> ***Thuật ngữ pháp lý*** *cho "tiến hành khiếu nại" là "****nộp lời than phiền".***

Có các loại khiếu nại khác nhau không?

Có. Quý vị có thể tiến hành khiếu nại nội bộ và/hoặc khiếu nại bên ngoài. Khiếu nại nội bộ được nộp lên và được xem xét bởi chương trình của chúng tôi. Khiếu nại bên ngoài được nộp lên và được xem xét bởi tổ chức không liên kết với chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị cần trợ giúp khi tiến hành khiếu nại nội bộ và/hoặc bên ngoài, quý vị có thể gọi cho Chương Trình Cal MediConnect Ombuds Program theo số 1-855-501-3077.

• Mục 10.1: Khiếu nại nội bộ

Để tiến hành khiếu nại nội bộ, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể khiếu nại vào bất cứ thời điểm nào trừ khi khiếu nại về thuốc Part D. Nếu khiếu nại về thuốc Part D, quý vị phải nộp khiếu nại **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau khi quý vị có vấn đề muốn khiếu nại.

- Nếu quý vị cần làm bất kỳ điều nào khác, bộ phận Dịch Vụ Thành Viên sẽ cho quý vị biết.
- Quý vị cũng có thể viết đơn khiếu nại và gửi cho chúng tôi. Nếu quý vị khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ phản hồi lại khiếu nại của quý vị bằng văn bản.

Chúng tôi phải thông báo cho quý vị quyết định của mình về khiếu nại của quý vị nhanh chóng theo yêu cầu của trường hợp của quý vị dựa trên tình trạng sức khỏe của quý vị, tuy nhiên chậm nhất là 30 ngày theo lịch sau khi nhận được khiếu nại của quý vị. Nếu chúng tôi cần thêm thông tin và không đưa ra quyết định trong vòng 30 ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản và cung cấp bản cập nhật tình trạng và thời gian dự kiến mà quý vị có thể nhận được câu trả lời. Ví dụ, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị rằng lời than phiền liên quan đến Medicare chỉ có thể được gia hạn tối đa 14 ngày theo lịch. Trong một số trường hợp, quý vị có quyền yêu cầu đánh giá nhanh về khiếu nại của mình. Đây được gọi là thủ tục "khiếu nại nhanh". Quý vị có quyền được đánh giá

nhanh về khiếu nại của mình nếu không đồng ý với quyết định của chúng tôi trong các trường hợp sau:

  - Chúng tôi từ chối yêu cầu đánh giá nhanh của quý vị về yêu cầu dịch vụ chăm sóc y tế hoặc các thuốc Part D của Medicare.
  - Chúng tôi từ chối yêu cầu đánh giá nhanh của quý vị về việc kháng nghị các dịch vụ hoặc thuốc Part D của Medicare đã bị từ chối.
  - Chúng tôi quyết định cần thêm thời gian để đánh giá yêu cầu của quý vị về dịch vụ chăm sóc y tế.
  - Chúng tôi quyết định cần thêm thời gian để đánh giá kháng nghị của quý vị về dịch vụ chăm sóc y tế bị từ chối.
  - Nếu quý vị gặp vấn đề khẩn cấp liên quan đến rủi ro tức thời hoặc nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị.

- Các khiếu nại liên quan đến Medicare Part D phải được đưa ra trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi quý vị gặp vấn đề quý vị muốn khiếu nại. Tất cả các loại khiếu nại khác phải được gửi cho chúng tôi hoặc cho nhà cung cấp trong vòng bất kỳ khoảng thời gian nào kể từ ngày xảy ra vụ việc hoặc hành động khiến quý vị không hài lòng.
- Nếu chúng tôi không thể giải quyết khiếu nại của quý vị trong ngày làm việc tiếp theo, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị trong vòng 5 ngày theo lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị để cho quý vị biết rằng chúng tôi đã nhận được khiếu nại của quý vị.

  Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu “quyết định bao trả nhanh” hoặc “kháng nghị nhanh” của quý vị, chúng tôi sẽ tự động cho phép quý vị “khiếu nại nhanh” và trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ. Nếu quý vị gặp vấn đề khẩn cấp liên quan đến rủi ro tức thời hoặc nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị, quý vị có thể yêu cầu “khiếu nại nhanh” và chúng tôi sẽ phản hồi trong vòng 72 giờ.

> **Thuật ngữ pháp lý** của “khiếu nại nhanh” đó là ***“lời than phiền được giải quyết nhanh”***.

Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay lập tức. Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để khiếu nại, có thể là chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay tại cuộc điện thoại đó. Nếu bệnh trạng của quý vị cần chúng tôi trả lời nhanh chóng, thì chúng tôi sẽ làm như vậy.

- Chúng tôi trả lời hầu hết các khiếu nại trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 30 ngày theo lịch, vì chúng tôi cần thêm thông tin, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi cũng cung cấp cập nhật trạng thái và thời gian ước tính quý vị nhận được câu trả lời.
- Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu "quyết định bao trả nhanh" hoặc "kháng nghị nhanh" của quý vị, chúng tôi sẽ tự động cho phép quý vị "khiếu nại nhanh" và trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.
- Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi mất nhiều thời gian hơn để đưa ra quyết định bao trả hoặc tiến hành kháng nghị, chúng tôi sẽ tự động cho phép quý vị "khiếu nại nhanh" và trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ.

Nếu chúng tôi không đồng ý với một số hoặc tất cả khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ cho quý vị biết và đưa ra các lý do của chúng tôi cho quý vị. Chúng tôi sẽ phản hồi về việc chúng tôi có đồng ý với khiếu nại đó hay không.

• Mục 10.2: Khiếu nại bên ngoài

Quý vị có thể cho Medicare biết về khiếu nại của quý vị

Quý vị cũng có thể gửi đơn khiếu nại của mình đến Medicare. Mẫu Đơn Khiếu Nại của Medicare có sẵn tại: https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Medicare xem xét các khiếu nại của quý vị một cách nghiêm túc và sẽ sử dụng thông tin này để hỗ trợ cho việc cải thiện chất lượng của chương trình Medicare.

Nếu quý vị có bất kỳ phản hồi hoặc mối lo ngại nào khác, hoặc nếu quý vị cảm thấy chương trình không giải quyết vấn đề của quý vị, vui lòng gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY/TDD có thể gọi 1-877-486-2048. Cuộc gọi này miễn phí.

Quý vị có thể cho Medi-Cal biết về khiếu nại của quý vị

Chương Trình Cal MediConnect Ombuds Program cũng giúp giải quyết các vấn đề xét từ quan điểm trung lập để đảm bảo rằng các thành viên của chúng tôi nhận được tất cả các dịch vụ được bao trả mà chúng tôi phải cung cấp. Chương trình Cal MediConnect Ombuds Program không liên kết với chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm y tế nào.

Số điện thoại của chương trình Cal MediConnect Ombuds Program là 1-888-452-8609. Các dịch vụ được cung cấp miễn phí.

Quý vị có thể thông báo cho Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý Tiểu Bang California về khiếu nại của quý vị

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý Tiểu Bang California (viết tắt trong tiếng Anh là DMHC) có trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm y tế. Quý vị có thể gọi điện cho Trung Tâm Trợ Giúp DMHC để được hỗ trợ giải quyết các khiếu nại về dịch vụ của Medi-Cal. Quý vị có thể liên lạc với DMHC nếu quý vị cần hỗ trợ về khiếu nại liên quan đến một vấn đề khẩn cấp hoặc liên quan đến một mối đe dọa trực tiếp hoặc nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, quý vị không đồng ý với quyết định theo chương trình của chúng tôi về khiếu nại của mình hoặc chương trình của chúng tôi chưa giải quyết khiếu nại của quý vị sau 30 ngày theo lịch.

Sau đây là hai cách để nhận được sự trợ giúp từ Trung Tâm Trợ Giúp:

- Gọi theo số 1-888-466-2219. Các cá nhân bị khiếm thính, lãng tai hoặc khiếm ngôn có thể sử dụng số điện thoại TYY miễn phí, 1-877-688-9891. Cuộc gọi này miễn phí.
- Hãy truy cập trang web của Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (http://www.HealthHelp.ca.gov).

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại đến Văn Phòng Dân Quyền

Nếu quý vị cho rằng quý vị đã không được đối xử công bằng, quý vị có thể khiếu nại lên Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh. Ví dụ, quý vị có thể khiếu nại về khả năng tiếp cận của người khuyết tật hoặc hỗ trợ ngôn ngữ. Số điện thoại của Văn Phòng Dân Quyền là 1-800-368-1019. Người dùng TYY xin gọi số 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập https://www.hhs.gov/ocr/index.html để biết thêm thông tin.

Quý vị cũng có thể liên hệ với văn phòng của Văn Phòng Dân Quyền tại địa phương theo địa chỉ:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Số Điện Thoại là 1-800-368-1019
FAX 1-202-619-3818
TDD 1-800-537-7697

Quý vị cũng có thể có các quyền theo Đạo Luật về Người Mỹ Khuyết Tật và theo Đạo Luật Dân Quyền Unruh Quý vị có thể liên hệ với chương trình Cal MediConnect Ombuds Program để được hỗ trợ. Số điện thoại là 1-855-501-3077.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng

Khi quý vị khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc, quý vị cũng có thêm hai lựa chọn:

- Nếu muốn, quý vị có thể khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc trực tiếp với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (không cần khiếu nại với chúng tôi).
- Hoặc quý vị có thể khiếu nại đồng thời với chúng tôi **và** với Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng. Nếu quý vị khiếu nại với tổ chức này, chúng tôi sẽ làm việc với họ để giải quyết khiếu nại của quý vị.

Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng là một nhóm bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính quyền liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc được cung cấp cho các bệnh nhân có bảo hiểm Medicare. Để tìm hiểu thêm về Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng, hãy xem Chương 2.

Tại California, Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng được gọi là Livanta. Số điện thoại của Livanta là **1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)**.

Chương 10: Kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi

Giới thiệu

Chương này trình bày các cách mà quý vị có thể kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi và các tùy chọn khoản bao trả chăm sóc sức khỏe của quý vị sau khi quý vị rời khỏi chương trình. Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ vẫn tham gia chương trình Medicare và Medi-Cal miễn là quý vị đủ điều kiện. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ Tay Thành Viên*.

Mục Lục

A. Khi nào quý vị có thể kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi 231

B. Cách để kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi 232

C. Làm thế nào để tham gia chương trình Cal MediConnect khác 232

D. Cách để nhận được riêng các dịch vụ Medicare và Medi-Cal 233

D1. Cách nhận các dịch vụ Medicare của quý vị 233

D2. Cách nhận dịch vụ Medi-Cal của quý vị 236

E. Quý vị phải tiếp tục nhận dịch vụ y tế và thuốc thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi tư cách thành viên của quý vị kết thúc 236

F. Các trường hợp khác khi tư cách thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi kết thúc 237

G. Các quy tắc chống lại việc yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình Cal MediConnect của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe 238

H. Quý vị có quyền khiếu nại nếu chúng tôi kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi 239

I. Cách để nhận thêm thông tin về việc kết thúc tư cách thành viên trong chương trình của quý vị 239

A. Khi nào quý vị có thể kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi

Quý vị có thể kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong Health Net Cal MediConnect tại bất cứ thời điểm nào.

Tư cách thành viên của quý vị sẽ kết thúc vào ngày cuối cùng của tháng mà chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị. Ví dụ, nếu chúng tôi nhận yêu cầu của quý vị vào ngày 18 tháng 1, khoản bao trả của quý vị với chương trình của chúng tôi sẽ chấm dứt vào ngày 31 tháng 1. Khoản bao trả mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo (trong ví dụ này là ngày 1 tháng 2).

Khi quý vị kết thúc tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ tiếp tục được đăng ký vào Health Net Community Solutions, Inc. để nhận các dịch vụ Medi-Cal của quý vị trừ khi quý vị chọn chương trình Cal MediConnect khác hoặc một chương trình chỉ có Medi-Cal khác. Quý vị cũng có thể chọn các lựa chọn đăng ký Medicare khi quý vị kết thúc tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể nhận được thông tin về:

- Các tùy chọn Medicare của quý vị trong bảng ở trang 223.
- Các dịch vụ Medi-Cal ở trang 225.

Quý vị có thể nhận thêm thông tin về cách thức quý vị có thể kết thúc tư cách thành viên của mình bằng cách gọi cho:

- Bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.
- Heath Care Options theo số điện thoại 1-800-430-4263, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY/TDD xin gọi số 1-800-430-7077.
- Chương trình State Health Insurance Assistance Program (viết tắt trong tiếng Anh là SHIP), California Health Insurance Counseling & Advocacy Program (viết tắt trong tiếng Anh là HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc để tìm văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập http://www.aging.ca.gov/HICAP/.

- Chương trình Cal MediConnect Ombuds Program theo số 1-888-452-8609 Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Người dùng TTY xin gọi số 1-855-847-7914.
- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

LƯU Ý: Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2019, nếu quý vị đang tham gia chương trình quản lý thuốc, quý vị không thể tham gia một chương trình khác. Xem Chương 5 để biết thông tin về các chương trình quản lý thuốc.

B. Cách để kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi

Nếu quý vị quyết định kết thúc tư cách thành viên của mình, hãy cho Medi-Cal hoặc Medicare biết rằng quý vị muốn rời khỏi Health Net Cal MediConnect:

- Gọi đến Heath Care Options theo số điện thoại 1-800-430-4263, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY/TDD xin gọi số 1-800-430-7077; HOẶC
- Gọi đến Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY/TDD (những người khiếm thính, lãng tai hoặc khiếm ngôn) cần gọi số 1-877-486-2048. Khi quý vị gọi 1-800-MEDICARE, quý vị cũng có thể đăng ký vào một chương trình bảo hiểm thuốc hoặc bảo hiểm y tế khác của Medicare. Thông tin thêm về việc nhận các dịch vụ Medicare của quý vị khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi có trong bảng ở trang 223.

C. Làm thế nào để tham gia chương trình Cal MediConnect khác

Nếu quý vị muốn tiếp tục kết hợp các phúc lợi Medicare và Medi-Cal của quý vị vào trong một chương trình duy nhất, quý vị có thể tham gia chương trình Cal MediConnect khác.

Để đăng ký tham gia vào chương trình Cal MediConnect khác:

- Gọi đến Heath Care Options theo số điện thoại 1-800-430-4263, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY/TDD xin gọi số 1-800-430-7077. Hãy cho họ biết quý vị muốn rời khỏi chương trình Health Net Cal MediConnect và tham gia vào chương trình Cal MediConnect khác. Nếu quý vị không chắc chắn về việc muốn tham gia chương trình nào, họ có thể cho quý vị biết về các chương trình khác trong khu vực của quý vị.

D. Cách để nhận được riêng các dịch vụ Medicare và Medi-Cal

Nếu quý vị không muốn đăng ký tham gia chương trình Cal MediConnect khác sau khi quý vị rời khỏi Health Net Cal MediConnect, quý vị sẽ quay trở lại để nhận các dịch vụ Medicare và Medi-Cal của quý vị riêng biệt.

D1. Cách nhận các dịch vụ Medicare của quý vị

Quý vị sẽ có quyền lựa chọn về cách thức quý vị nhận các phúc lợi Medicare của mình.

Quý vị có ba lựa chọn để nhận các dịch vụ Medicare của mình. Bằng cách chọn một trong ba lựa chọn này, quý vị sẽ tự động kết thúc tư cách thành viên của mình trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi.

1. Quý vị có thể thay đổi sang:	**Sau đây là những việc cần làm:**
Chương trình bảo hiểm y tế Medicare (chẳng hạn như chương trình Medicare Advantage) hoặc, chương trình Programs of All-inclusive Care for the Elderly (viết tắt trong tiếng Anh là PACE) nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu về tính đủ điều kiện và sống trong khu vực dịch vụ	Gọi đến Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048 để đăng ký vào chương trình bảo hiểm y tế mới chỉ thuộc Medicare. Đối với các thắc mắc PACE, hãy gọi số 1-855-921-PACE (7223). Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc thêm thông tin: • Hãy gọi cho chương trình California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (viết tắt trong tiếng Anh là HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập http://www.aging.ca.gov/HICAP/. Quý vị sẽ tự động được hủy đăng ký khỏi Health Net Cal MediConnect khi khoản bao trả trong chương trình mới của quý vị bắt đầu.

2. Quý vị có thể thay đổi sang: **Original Medicare kèm theo chương trình bảo hiểm thuốc theo toa bác sĩ riêng của Medicare**	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi đến Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc thêm thông tin: • Hãy gọi cho chương trình California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (viết tắt trong tiếng Anh là HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập http://www.aging.ca.gov/HICAP/. Quý vị sẽ tự động được hủy đăng ký tham gia khỏi Health Net Cal MediConnect khi khoản bao trả Original Medicare của quý vị bắt đầu.

3. Quý vị có thể thay đổi sang: **Original Medicare không kèm theo chương trình bảo hiểm thuốc theo toa bác sĩ riêng của Medicare** **LƯU Ý**: Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không đăng ký tham gia chương trình thuốc theo toa bác sĩ riêng của Medicare, Medicare có thể đăng ký cho quý vị tham gia một chương trình bảo hiểm thuốc, trừ khi quý vị cho Medicare biết quý vị không muốn tham gia. Quý vị chỉ nên hủy khoản bao trả thuốc theo toa nếu quý vị nhận khoản bao trả thuốc từ chủ sử dụng lao động, công đoàn hoặc nguồn khác. Nếu quý vị có thắc mắc về việc liệu quý vị có cần khoản bao trả thuốc hay không, hãy gọi cho chương trình California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (viết tắt trong tiếng Anh là HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập http://www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Sau đây là những việc cần làm:** Gọi đến Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc thêm thông tin: ▪ Hãy gọi cho chương trình California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (viết tắt trong tiếng Anh là HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập http://www.aging.ca.gov/HICAP/. Quý vị sẽ tự động được hủy đăng ký tham gia khỏi Health Net Cal MediConnect khi khoản bao trả Original Medicare của quý vị bắt đầu.

D2. Cách nhận dịch vụ Medi-Cal của quý vị

Nếu quý vị rời chương trình Cal MediConnect của chúng tôi, quý vị sẽ tiếp tục nhận các dịch vụ Medi-Cal của quý vị thông qua Health Net Community Solutions, Inc. trừ khi quý vị chọn chương trình khác để nhận các dịch vụ Medi-Cal của quý vị. Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị bao gồm hầu hết các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn và dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi.

Nếu quý vị muốn chọn chương trình khác cho các dịch vụ Medi-Cal của quý vị, quý vị cần cho Health Care Options biết thời điểm quý vị yêu cầu kết thúc tư cách thành viên của quý vị với chương trình Cal MediConnect của chúng tôi.

- Gọi đến Heath Care Options theo số điện thoại 1-800-430-4263, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY/TDD xin gọi số 1-800-430-7077. Hãy cho họ biết quý vị muốn rời khỏi chương trình Health Net Cal MediConnect và tham gia chương trình Medi-Cal khác. Nếu quý vị không chắc chắn về việc muốn tham gia chương trình nào, họ có thể cho quý vị biết về các chương trình khác trong khu vực của quý vị.

Khi quý vị kết thúc tư cách thành viên của quý vị với chương trình Cal MediConnect của chúng tôi, quý vị sẽ nhận Thẻ ID Thành Viên mới, *Sổ Tay Thành Viên* mới và *Danh Bạ Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* mới để nhận khoản bao trả Medi-Cal của quý vị.

E. Quý vị phải tiếp tục nhận dịch vụ y tế và thuốc thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi tư cách thành viên của quý vị kết thúc

Nếu quý vị rời khỏi Health Net Cal MediConnect, có thể phải mất thời gian trước khi tư cách thành viên của quý vị kết thúc và khoản bao trả Medicare và Medi-Cal mới của quý vị bắt đầu. Xem trang 223 để biết thêm thông tin. Trong thời gian này, quý vị sẽ tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các thuốc của quý vị qua chương trình của chúng tôi.

- **Quý vị cần sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi để mua các thuốc theo toa bác sĩ của quý vị**. Thông thường, thuốc theo toa bác sĩ của quý vị chỉ được bao trả nếu mua tại nhà thuốc trong mạng lưới *bao gồm cả thông qua dịch vụ nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện của chúng tôi*.
- **Nếu quý vị nhập viện vào ngày tư cách thành viên của quý vị kết thúc, thông thường thời gian nằm viện của quý vị sẽ được chương trình Cal MediConnect của chúng tôi bao trả cho đến khi quý vị xuất viện.** Điều này sẽ vẫn được áp dụng ngay cả khi khoản bao trả chăm sóc sức khỏe mới của quý vị bắt đầu trước khi quý vị xuất viện.

F. Các trường hợp khác khi tư cách thành viên của quý vị trong chương trình Cal MediConnect của chúng tôi kết thúc

Dưới đây là những trường hợp khi Health Net Cal MediConnect phải kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình:

- Nếu có khoảng thời gian gián đoạn trong khoản bao trả Medicare Part A và Part B của quý vị.
- Nếu quý vị không còn đủ tiêu chuẩn hưởng Medi-Cal. Chương trình của chúng tôi dành cho những người đủ tiêu chuẩn hưởng cả Medicare và Medi-Cal. Tiểu Bang California hoặc Medicare sẽ hủy đăng ký quý vị khỏi chương trình Health Net Cal MediConnect Plan và quý vị sẽ quay lại Original Medicare. Nếu quý vị đang nhận Extra Help để chi trả cho các thuốc theo toa bác sĩ Medicare Part D của quý vị, CMS sẽ tự động đăng ký cho quý vị vào một Chương Trình Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Bác Sĩ của Medicare. Nếu sau đó quý vị lại đủ tiêu chuẩn tham gia Medi-Cal và muốn đăng ký lại Health Net Cal MediConnect, quý vị sẽ cần gọi đến Health Care Options theo số 1-800-430-4263, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY/TDD xin gọi số 1-800-430-7077. Hãy cho họ biết quý vị muốn tham gia lại chương trình Health Net Cal MediConnect.
- Nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị không ở trong khu vực dịch vụ của chúng tôi trên sáu tháng.
    - Nếu quý vị chuyển đi hoặc có chuyến đi dài, quý vị cần gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để tìm hiểu liệu nơi quý vị sẽ chuyển tới hoặc đi tới có nằm trong khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi hay không.
- Nếu quý vị đi tù vì phạm tội hình sự.
- Nếu quý vị nói dối hoặc che giấu thông tin về bảo hiểm khác mà quý vị có dành cho thuốc theo toa bác sĩ.
- Nếu quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc không hiện diện hợp pháp ở Hoa Kỳ.

Quý vị phải là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp ở Hoa Kỳ thì mới trở thành thành viên trong chương trình của chúng tôi. Các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid sẽ thông báo cho chúng tôi nếu quý vị không đủ điều kiện tiếp tục là thành viên trên cơ sở này. Chúng tôi phải hủy đăng ký cho quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

Nếu quý vị không còn đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal hoặc hoàn cảnh của quý vị đã thay đổi khiến quý vị không còn đủ điều kiện tham gia Cal MediConnect, quý vị có thể tiếp tục nhận các phúc lợi của quý vị từ Health Net Cal MediConnect trong thời gian hai tháng bổ sung. Thời gian bổ sung này sẽ cho phép quý vị chỉnh sửa thông tin về tính đủ điều kiện của quý vị nếu quý vị cho rằng quý vị vẫn đủ điều kiện. Quý vị sẽ nhận được thư từ chúng tôi thông báo thay đổi về tính đủ điều kiện của quý vị kèm theo hướng dẫn để chỉnh sửa thông tin về tính đủ điều kiện của quý vị.

- Để tiếp tục trở thành thành viên của Health Net Cal MediConnect, quý vị phải đủ tiêu chuẩn lại lần nữa chậm nhất vào ngày cuối cùng của thời gian hai tháng.
- Nếu quý vị không đủ tiêu chuẩn chậm nhất vào lúc kết thúc thời gian hai tháng, quý vị sẽ bị hủy đăng ký khỏi Health Net Cal MediConnect.

Chúng tôi có thể buộc quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì những lý do sau chỉ khi chúng tôi nhận được sự cho phép từ Medicare và Medi-Cal trước:

- Nếu quý vị cố tình cung cấp cho chúng tôi thông tin không chính xác khi đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi và thông tin đó ảnh hưởng tới tính đủ điều kiện tham gia chương trình của quý vị.
- Nếu quý vị liên tục hành xử theo cách gây rối và khiến chúng tôi khó cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và các thành viên khác của chương trình.
- Nếu quý vị để ai khác sử dụng Thẻ ID Thành Viên của mình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế.
    - Nếu chúng tôi kết thúc tư cách thành viên của quý vị vì lý do này, Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh Tra điều tra trường hợp của quý vị.

G. Các quy tắc chống lại việc yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình Cal MediConnect của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe

Nếu quý vị cảm thấy mình đang bị yêu cầu rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do liên quan đến tình trạng sức khỏe, quý vị cần gọi cho **Medicare** theo số 1800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần.

Quý vị cũng cần **gọi đến chương trình Cal MediConnect Ombuds Program** theo số 1-888-452-8609. Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Người dùng TTY xin gọi số 1-855-847-7914.

H. Quý vị có quyền khiếu nại nếu chúng tôi kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu chúng tôi kết thúc tư cách thành viên chương trình Cal MediConnect của quý vị, chúng tôi phải cho quý vị biết lý do kết thúc tư cách thành viên của quý vị bằng văn bản. Chúng tôi cũng phải giải thích cách quý vị có thể nộp lời than phiền hoặc khiếu nại quyết định của chúng tôi về việc kết thúc tư cách thành viên của quý vị. Quý vị cũng có thể xem Chương 9 để biết thông tin về cách thức khiếu nại.

I. Cách để nhận thêm thông tin về việc kết thúc tư cách thành viên trong chương trình của quý vị

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn biết thêm thông tin về thời điểm chúng tôi có thể kết thúc tư cách thành viên của mình, quý vị có thể:

- Gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.
- Gọi đến Heath Care Options theo số điện thoại 1-800-430-4263, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-430-7077.
- Gọi đến chương trình California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (viết tắt trong tiếng Anh là HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng HICAP tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập http://www.aging.ca.gov/HICAP/.
- Hãy gọi cho chương trình Cal MediConnect Ombuds Program theo số điện thoại 1-888-452-8609 từ Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Người dùng TTY xin gọi số 1-855-847-7914.
- Gọi đến Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Chương 11: Thông báo pháp lý

Giới thiệu

Chương này sẽ bao gồm những thông báo pháp lý áp dụng cho tư cách thành viên của quý vị trong Health Net Cal MediConnect. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của các thuật ngữ này được trình bày theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ Tay Thành Viên*.

Mục Lục

A. Thông báo về các luật 241
B. Thông báo về việc không phân biệt đối xử 241
C. Thông báo về Medicare là người thanh toán thứ hai và Medi-Cal là người thanh toán như phương sách cuối cùng 242
D. Trách Nhiệm của Bên Thứ Ba 242
E. Nhà thầu độc lập 243
F. Gian lận trong chương trình bảo hiểm y tế 243
G. Các trường hợp nằm ngoài tầm kiểm soát của Health Net 243
H. Thông Báo về Việc Thực Hành Quyền Riêng Tư 243

A. Thông báo về các luật

Nhiều luật được áp dụng cho *Sổ Tay Thành Viên* này. Các luật này có thể ảnh hưởng đến quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi các luật đó không được nêu hoặc giải thích trong sổ tay này. Các luật chính áp dụng cho sổ tay này là luật liên bang về các chương trình Medicare và Medi-Cal. Các luật liên bang và tiểu bang khác cũng có thể được áp dụng.

B. Thông báo về việc không phân biệt đối xử

Mỗi công ty hoặc cơ quan làm việc với Medicare và Medi-Cal phải tuân thủ pháp luật. Quý vị không thể bị đối xử khác biệt vì tuổi tác, quá trình yêu cầu bảo hiểm trước đây, màu da, tín ngưỡng, dân tộc, bằng chứng về khả năng có thể bảo hiểm, giới, thông tin di truyền, vị trí địa lý, tình trạng sức khỏe, bệnh sử, khuyết tật về tâm thần hoặc thể chất, nguồn gốc quốc gia, chủng tộc, tôn giáo, hoặc giới tính.

Nếu quý vị cho rằng quý vị đã không được đối xử công bằng vì bất cứ lý do nào trong số này, hãy gọi cho Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập http://www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.

Thông Báo về Không Phân Biệt Đối Xử của Health Net Cal MediConnect

Health Net Community Solutions, Inc. (Chương trình Health Net Cal MediConnect (Medicare-Medicaid Plan)) tuân thủ luật dân quyền hiện hành của liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, hoặc giới tính. Health Net Cal MediConnect không loại trừ hoặc phân biệt đối xử vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, hoặc giới tính.

Health Net Cal MediConnect:

- Cung cấp hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn như thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ và thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (bản in cỡ lớn, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác).
- Cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như thông dịch viên có trình độ và thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác.

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, hãy liên lạc với Trung Tâm Liên Hệ Khách Hàng của Health Net Cal MediConnect theo số, 1-855-464-3572 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

Nếu quý vị cho rằng Health Net Cal MediConnect đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc đã phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị có thể nộp lời than phiền bằng cách gọi số nêu trên và cho họ biết rằng quý vị cần giúp nộp lời than phiền; Trung Tâm Liên Hệ Khách Hàng của Health Net Cal MediConnect sẵn sàng giúp đỡ quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp khiếu nại về dân quyền lên Văn Phòng Dân Quyền, Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh của Hoa Kỳ, bằng phương thức điện tử thông qua Cổng Thông Tin Khiếu Nại của Văn Phòng Dân Quyền, tại địa chỉ **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** hoặc bằng cách gửi thư qua đường bưu điện hay gọi điện thoại theo thông tin liên lạc sau đây: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800–368–1019, (TDD: 1-800–537–7697).

Mẫu khiếu nại sẵn có tại **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

C. Thông báo về Medicare là người thanh toán thứ hai và Medi-Cal là người thanh toán như phương sách cuối cùng

Đôi khi một bên khác sẽ phải thanh toán đầu tiên cho các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho quý vị. Ví dụ, nếu quý vị gặp tai nạn xe hơi hoặc quý vị bị thương ở nơi làm việc thì bảo hiểm hoặc Khoản Bồi Thường cho Người Lao Động phải thanh toán trước tiên.

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu tiền cho các dịch vụ được Medicare bao trả mà Medicare không phải bên thanh toán đầu tiên.

Chương trình Cal MediConnect tuân thủ luật pháp Tiểu Bang và Liên Bang và các quy định liên quan đến trách nhiệm pháp lý của các bên thứ ba đối với những dịch vụ chăm sóc sức khỏe dành cho người thụ hưởng. Chúng tôi sẽ thực hiện mọi biện pháp hợp lý để đảm bảo rằng chương trình Medi-Cal là bên thanh toán như phương sách cuối cùng.

D. Trách Nhiệm của Bên Thứ Ba

Health Net sẽ không thực hiện bất kỳ yêu cầu bảo hiểm nào về việc bồi hoàn giá trị của Dịch Vụ Được Bao Trả được cung cấp cho Thành Viên khi khoản bồi hoàn đó do hành động liên quan đến Trách Nhiệm đối với sơ suất của bên thứ ba hoặc bảo hiểm Trách Nhiệm đối với tai nạn, bao gồm các phán quyết Bồi Thường cho Người Lao Động và khoản bao trả cho người lái xe không được bảo hiểm. Tuy nhiên, Health Net sẽ thông báo cho DHCS về các trường hợp tiềm ẩn đó, và sẽ trợ giúp DHCS trong việc theo đuổi quyền được hoàn lại các khoản bồi hoàn đó. Các thành viên có nghĩa vụ hỗ trợ Health Net và DHCS về vấn đề này.

E. Nhà thầu độc lập

Mối quan hệ giữa Health Net và mỗi nhà cung cấp tham gia là mối quan hệ nhà thầu độc lập. Các nhà cung cấp tham gia không phải là nhân viên hay đại diện của Health Net và cả Health Net cũng như bất kỳ nhân viên nào của Health Net đều không phải là nhân viên hay đại diện của nhà cung cấp tham gia. Trong bất kỳ trường hợp nào, Health Net cũng không chịu trách nhiệm về sự bất cẩn, hành động sai trái, hoặc thiếu sót của bất kỳ nhà cung cấp tham gia hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác. Các bác sĩ tham gia, chứ không phải Health Net, duy trì mối quan hệ bác sĩ-bệnh nhân với thành viên. Health Net không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc.

F. Gian lận trong chương trình bảo hiểm y tế

Gian lận trong chương trình bảo hiểm y tế được định nghĩa là việc nhà cung cấp, Thành Viên, chủ sử dụng lao động hoặc bất kỳ cá nhân nào khác hành động trên danh nghĩa của họ lừa dối hoặc khai báo sai. Đó là trọng tội có thể bị khởi tố. Bất kỳ người nào chủ tâm và cố ý tham gia vào hoạt động nhằm mục đích lừa gạt chương trình bảo hiểm y tế bằng cách nộp yêu cầu bảo hiểm chứa thông tin giả mạo hoặc lừa dối đều phạm tội gian lận bảo hiểm.

Nếu quý vị có lo ngại về bất kỳ khoản lệ phí nào có trên hóa đơn hoặc mẫu Bảng Giải Thích Phúc Lợi Bảo Hiểm, hoặc nếu quý vị biết hoặc nghi ngờ bất kỳ hoạt động phi pháp nào, hãy gọi cho Đường Dây Nóng về Gian Lận của chương trình chúng tôi theo số miễn phí 1-800-977-3565. Đường Dây Nóng về Gian Lận hoạt động 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Tất cả các cuộc gọi đều tuyệt đối bí mật.

G. Các trường hợp nằm ngoài tầm kiểm soát của Health Net

Trong phạm vi mà thiên tai hoặc trường hợp khẩn cấp dẫn đến việc các cơ sở hoặc nhân viên của Health Net không sẵn sàng để cung cấp hoặc bố trí dịch vụ hoặc phúc lợi theo *Sổ Tay Thành Viên* này, nghĩa vụ cung cấp các dịch vụ hoặc phúc lợi đó của Health Net sẽ giới hạn ở yêu cầu rằng Health Net phải nỗ lực với thiện chí để cung cấp hoặc bố trí việc cung cấp các dịch vụ hoặc phúc lợi đó trong các giới hạn về tính sẵn có của các cơ sở hoặc nhân viên của mình.

H. Thông Báo về Việc Thực Hành Quyền Riêng Tư

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ VỀ QUÝ VỊ CŨNG NHƯ CÁCH QUÝ VỊ CÓ THỂ TIẾP CẬN THÔNG TIN NÀY.
XIN HÃY ĐỌC KỸ THÔNG BÁO NÀY. **Có hiệu lực từ ngày 14 tháng 08 năm 2017**

Nghĩa Vụ của Các Thực Thể Được Bao Trả:

Health Net** (được gọi là "chúng tôi" hoặc "Chương Trình") là một Thực Thể Được Bao Trả theo quy định và được quản lý theo Đạo Luật về Tính Linh Hoạt và Trách Nhiệm Giải Trình của Bảo Hiểm Y Tế (viết tắt trong tiếng Anh là HIPAA) năm 1996. Theo quy định của luật pháp, Health Net phải duy trì quyền riêng tư của thông tin sức khỏe được bảo vệ (viết tắt trong tiếng Anh là PHI) của quý vị, cung cấp cho quý vị Thông Báo này về các nghĩa vụ pháp lý và thực hành quyền riêng tư của chúng tôi liên quan đến PHI của quý vị, tuân theo các điều khoản của Thông Báo hiện đang có hiệu lực và thông báo cho quý vị trong trường hợp có vi phạm PHI không được bảo đảm của quý vị. PHI là thông tin về quý vị, bao gồm thông tin nhân khẩu học, mà có thể được sử dụng hợp lý để nhận dạng quý vị và liên quan đến sức khỏe hoặc tình trạng thể chất hoặc tâm thần của quý vị trong quá khứ, hiện tại hoặc tương lai, việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị hoặc việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc đó.

Thông Báo này mô tả cách chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị. Thông Báo cũng mô tả các quyền tiếp cận, sửa đổi và quản lý PHI của quý vị và cách thực hiện các quyền đó. Tất cả việc sử dụng hoặc tiết lộ khác đối với PHI của quý vị không được mô tả trong Thông Báo này sẽ chỉ được tiến hành khi có sự cho phép bằng văn bản của quý vị.

****Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư này cũng áp dụng cho những người đăng ký trong bất kỳ tổ chức Health Net nào sau đây:**

Health Net of California, Inc., Health Net Community Solutions, Inc., Health Net Health Plan of Oregon, Inc., Managed Health Network, LLC and Health Net Life Insurance Company, là các chi nhánh của Health Net, Inc. và Centene Corporation. Health Net là nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Health Net, Inc. Mọi thương hiệu/nhãn hiệu dịch vụ được xác định khác là tài sản của các công ty tương ứng. Tất cả các quyền được bảo hộ. Đã sửa đổi ngày 06 tháng 04 năm 2018

Health Net có quyền thay đổi Thông Báo này. Chúng tôi có quyền làm cho Thông Báo đã sửa đổi hoặc thay đổi có hiệu lực đối với PHI của quý vị mà chúng tôi đã có cũng như bất cứ PHI nào của quý vị mà chúng tôi sẽ nhận được trong tương lai. Health Net sẽ sửa đổi và phân phát kịp thời Thông Báo này bất cứ khi nào có thay đổi quan trọng về những vấn đề sau đây:

- Việc sử dụng hoặc tiết lộ
- Các quyền của quý vị,
- Các trách nhiệm pháp lý của chúng tôi
- Các thực hành khác về quyền riêng tư được nêu trong thông báo này

Chúng tôi sẽ công bố mọi Thông Báo được sửa đổi trên trang web và trong Sổ Tay Thành Viên của chúng tôi.

Các Biện Pháp Bảo Vệ Nội Bộ cho PHI bằng Lời, Văn Bản và Điện Tử:

Health Net bảo vệ PHI của quý vị. Chúng tôi có các quy trình về quyền riêng tư và bảo mật để trợ giúp quý vị.
Sau đây là một số cách để chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị.

- Chúng tôi đào tạo nhân viên tuân thủ các quy trình về quyền riêng tư và bảo mật.
- Chúng tôi yêu cầu các cộng sự kinh doanh tuân thủ các quy trình về quyền riêng tư và bảo mật. Chúng tôi giữ bảo mật cho văn phòng.
- Chúng tôi trao đổi về PHI của quý vị chỉ vì mục đích công việc với những người cần biết.
- Chúng tôi bảo mật PHI của quý vị khi chúng tôi gửi PHI hoặc lưu trữ PHI bằng phương thức điện tử.
- Chúng tôi sử dụng công nghệ để ngăn cản những người không đáng tin tiếp cận PHI của quý vị.

Việc Sử Dụng và Tiết Lộ PHI Được Cho Phép:

Sau đây là danh sách về cách chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị mà không cần sự cho phép hoặc ủy quyền của quý vị:

- ***Điều Trị* -** Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị cho bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác đang cung cấp phương pháp điều trị cho quý vị, để phối hợp phương pháp điều trị giữa các nhà cung cấp hoặc để giúp chúng tôi trong việc đưa ra quyết định cho phép trước có liên quan đến phúc lợi của quý vị.

- ***Thanh Toán*** - Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị để thực hiện các khoản thanh toán phúc lợi cho các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ được cung cấp cho quý vị. Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho một chương trình bảo hiểm y tế khác, cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hoặc một thực thể khác tuân theo Các Quy Định về Quyền Riêng Tư của liên bang cho mục đích thanh toán của họ. Hoạt động thanh toán có thể bao gồm:

    - xử lý yêu cầu bảo hiểm
    - quyết định tính hội đủ điều kiện hoặc khoản bao trả cho yêu cầu bảo hiểm
    - phát hành hóa đơn phí bảo hiểm
    - xem xét các dịch vụ về tính cần thiết về mặt y tế
    - thực hiện đánh giá sử dụng với các yêu cầu bảo hiểm

- ***Các Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe*** - Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị để thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe của chúng tôi. Những hoạt động này có thể bao gồm:

    - cung cấp dịch vụ khách hàng
    - phúc đáp khiếu nại và kháng nghị
    - cung cấp quản lý trường hợp và điều phối chăm sóc
    - tiến hành xem xét y tế với các yêu cầu bảo hiểm và các hoạt động đánh giá chất lượng khác
    - các hoạt động cải thiện

  Trong các hoạt động chăm sóc sức khỏe, chúng tôi cũng có thể tiết lộ PHI cho các cộng sự kinh doanh. Chúng tôi đã có văn bản thỏa thuận với họ để bảo vệ quyền riêng tư của PHI của quý vị. Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho một thực thể khác tuân theo Các Quy Định về Quyền Riêng Tư của liên bang. Thực thể đó cũng phải có mối quan hệ với quý vị cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe của họ. Hoạt động này bao gồm như sau:

    - các hoạt động đánh giá và cải thiện chất lượng
    - xem xét năng lực hoặc trình độ chuyên môn của các chuyên gia chăm sóc sức khỏe
    - quản lý trường hợp và điều phối chăm sóc
    - phát hiện hoặc ngăn chặn gian lận và lạm dụng trong chăm sóc sức khỏe

- ***Tiết Lộ cho Nhà Tài Trợ Chương Trình/Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế Theo Nhóm*** – Chúng tôi có thể tiết lộ các thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị cho nhà tài trợ của chương trình bảo hiểm y tế theo nhóm, chẳng hạn như chủ sử dụng lao động hoặc thực thể khác đang cung cấp chương trình chăm sóc sức khỏe cho quý vị, nếu nhà tài trợ đã đồng ý với một số hạn chế về cách nhà tài trợ sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ (chẳng hạn như đồng ý không sử dụng thông tin sức khỏe được bảo vệ cho hành động hoặc quyết định liên quan đến việc làm).

  <u>Việc Tiết Lộ PHI của Quý Vị Được Cho Phép hoặc Bắt Buộc Khác:</u>

- ***Các Hoạt Động Gây Quỹ –*** Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị cho các hoạt động gây quỹ chẳng hạn như quyên góp tiền cho một tổ chức từ thiện hoặc thực thể tương tự để giúp tài trợ cho các hoạt động của họ. Nếu chúng tôi liên lạc với quý vị về các hoạt động gây quỹ, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị cơ hội để lựa chọn không tham gia hoặc ngừng nhận các thông tin như vậy trong tương lai.

- ***Mục Đích Thẩm Định Bảo Hiểm –*** Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị vì các mục đích thẩm định bảo hiểm chẳng hạn như xác định về đơn đăng ký hoặc yêu cầu khoản bao trả. Nếu chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị vì các mục đích thẩm định bảo hiểm thì chúng tôi bị cấm sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị khi chúng là các thông tin di truyền trong quy trình thẩm định bảo hiểm.

- ***Nhắc Cuộc Hẹn/Các Phương Pháp Điều Trị Thay Thế*** – Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị để nhắc nhở quý vị về một cuộc hẹn để điều trị và chăm sóc y tế với chúng tôi hoặc cung cấp cho quý vị thông tin về các phương án điều trị hoặc các phúc lợi và dịch vụ liên quan đến sức khỏe khác, chẳng hạn như thông tin về cách ngừng hút thuốc hoặc giảm cân.

- ***Theo Quy Định của Pháp Luật -*** Nếu luật liên bang, tiểu bang và/hoặc địa phương yêu cầu sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị, chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin PHI của quý vị trong phạm vi mà việc sử dụng hoặc tiết lộ tuân thủ luật pháp đó và được giới hạn ở yêu cầu của luật pháp đó. Nếu hai hoặc nhiều văn bản luật hoặc các quy định quản lý cùng mục đích sử dụng hoặc tiết lộ xung đột với nhau, chúng tôi sẽ tuân thủ luật pháp hoặc các quy định hạn chế hơn.

- ***Các Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe Công Cộng -*** Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho cơ quan chăm sóc sức khỏe công cộng nhằm mục đích phòng ngừa hoặc kiểm soát bệnh tật, thương tích hoặc tình trạng khuyết tật. Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị với Cơ Quan Quản lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (viết tắt trong tiếng Anh là FDA) để đảm bảo chất lượng, an toàn hoặc hiệu quả của các sản phẩm hoặc dịch vụ thuộc thẩm quyền của FDA.

- ***Nạn Nhân của Hành Vi Lạm Dụng và Bỏ Bê -*** Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho cơ quan chính quyền địa phương, tiểu bang hoặc liên bang, bao gồm các cơ quan xã hội hoặc cơ quan dịch vụ bảo vệ được luật pháp cho phép nhận các báo cáo này nếu chúng tôi có sự tin tưởng chính đáng về lạm dụng, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình.

- ***Thủ Tục Tố Tụng Pháp Lý và Hành Chính -*** Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị trong các thủ tục tố tụng pháp lý và hành chính. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ PHI của quý vị để phản hồi cho những điều sau:
    - lệnh tòa án
    - tòa án hành chính
    - trát đòi hầu tòa
    - lệnh triệu tập
    - trát
    - yêu cầu điều tra
    - yêu cầu pháp lý tương tự

- ***Thực Thi Pháp Luật -*** Chúng tôi có thể tiết lộ PHI có liên quan của quý vị cho cơ quan thực thi pháp luật khi được yêu cầu làm như vậy. Ví dụ, để đáp ứng:

    - lệnh tòa án
    - án lệnh tòa án
    - trát đòi hầu tòa
    - giấy triệu tập của một viên chức tư pháp
    - trát đòi hầu tòa của bồi thẩm đoàn

- Chúng tôi cũng có thể tiết lộ PHI có liên quan của quý vị để xác định hoặc định vị đối tượng tình nghi, người chạy trốn, nhân chứng quan trọng hoặc người mất tích.

- ***Giám Định Viên Pháp Y, Bác Sĩ Pháp Y và Giám Đốc Nhà Tang Lễ -*** Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho một giám định viên pháp y hoặc bác sĩ pháp y. Điều này có thể là cần thiết, ví dụ như để xác định nguyên nhân gây tử vong. Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho giám đốc nhà tang lễ khi cần thiết để họ thực hiện nhiệm vụ của mình.

- ***Hiến Tặng Nội Tạng, Mắt và Mô -*** có thể tiết lộ PHI của quý vị cho các tổ chức mua bán nội tạng. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ PHI của quý vị cho những người làm công việc mua bán, ngân hàng lưu giữ hoặc cấy ghép:

    - các bộ phận cơ thể
    - mắt
    - mô

- ***Các Mối Đe Dọa đến Sức Khỏe và Sự An Toàn -*** Chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị nếu chúng tôi thực sự tin rằng việc sử dụng hoặc tiết lộ là cần thiết để ngăn ngừa hoặc làm giảm bớt mối đe dọa nghiêm trọng hoặc sắp xảy ra đối với sức khoẻ hoặc sự an toàn của một cá nhân hoặc cả cộng đồng.

- ***Các Cơ Quan Chức Năng Chuyên Môn của Chính Phủ -*** Nếu quý vị là thành viên của Lực Lượng Vũ Trang Hoa Kỳ, chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị theo yêu cầu của các cơ quan chỉ huy quân đội. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ PHI của quý vị cho:

    - các quan chức liên bang được phép vì an ninh quốc gia và các hoạt động tình báo
    - Bộ Ngoại giao để xác định sự phù hợp về y tế
    - dịch vụ bảo vệ của Tổng Thống hoặc người được ủy quyền khác

- ***Bồi Thường cho Người Lao Động -*** Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị nhằm tuân thủ luật liên quan đến bồi thường cho người lao động hoặc các chương trình tương tự khác, được luật pháp quy định, cung cấp các phúc lợi cho các thương tích hoặc bệnh tật liên quan đến công việc không xét đến lỗi.

- ***Các Trường Hợp Cấp Cứu –*** Trong trường hợp cấp cứu, hoặc nếu quý vị mất khả năng hoặc không có mặt, chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho một thành viên trong gia đình, bạn thân của quý vị, cơ quan cứu trợ thiên tai được cấp phép, hoặc bất kỳ cá nhân nào khác mà quý vị đã xác định trước đó. Chúng tôi sẽ sử dụng phán đoán và kinh nghiệm chuyên môn để xác định liệu việc tiết lộ có mang lại lợi ích tốt nhất cho quý vị hay không. Nếu việc tiết lộ mang lại lợi ích tốt nhất cho quý vị, chúng tôi sẽ chỉ tiết lộ PHI có liên quan trực tiếp đến sự tham gia của một cá nhân vào việc chăm sóc của quý vị.

- ***Tù Nhân -*** Nếu quý vị là tù nhân của một trung tâm cải huấn hoặc thuộc quyền giám hộ của một cơ quan thực thi pháp luật, chúng tôi có thể cung cấp PHI của quý vị cho trung tâm cải huấn hoặc cơ quan thực thi pháp luật, khi thông tin đó cần thiết cho tổ chức cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị; để bảo vệ sức khỏe hoặc sự an toàn của quý vị; hoặc sức khỏe hoặc sự an toàn của người khác; hoặc vì sự an toàn và an ninh của trung tâm cải huấn.

- ***Nghiên Cứu -*** Trong một số trường hợp nhất định, chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho các nhà nghiên cứu khi công trình nghiên cứu lâm sàng của họ đã được phê duyệt và khi có những biện pháp bảo vệ nhất định thích hợp để đảm bảo quyền riêng tư và sự bảo vệ PHI của quý vị.

Việc Sử Dụng và Tiết Lộ PHI của Quý Vị Yêu Cầu Sự Cho Phép Bằng Văn Bản của Quý Vị

Chúng tôi cần phải có sự cho phép bằng văn bản của quý vị để sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị, với các trường hợp ngoại lệ có giới hạn, vì những lý do sau đây:

Bán PHI – Chúng tôi sẽ yêu cầu sự cho phép bằng văn bản của quý vị trước khi chúng tôi tiết lộ bất kỳ thông tin nào mà được coi là bán PHI của quý vị, nghĩa là chúng tôi sẽ nhận được thù lao cho việc tiết lộ PHI theo cách này.

Tiếp Thị – Chúng tôi sẽ yêu cầu có được sự cho phép bằng văn bản của quý vị để sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị cho các mục đích tiếp thị với các trường hợp ngoại lệ có giới hạn, chẳng hạn như khi chúng tôi có các buổi truyền thông tiếp thị trực tiếp với quý vị hoặc khi chúng tôi phân phát các món quà khuyến mãi có giá trị không đáng kể.

Ghi Chép Tâm Lý Trị Liệu – Chúng tôi sẽ yêu cầu sự cho phép bằng văn bản của quý vị để sử dụng hoặc tiết lộ bất cứ ghi chép nào về tâm lý trị liệu của quý vị mà chúng tôi có thể có trong hồ sơ với các trường hợp ngoại lệ giới hạn, chẳng hạn như đối với một số chức năng điều trị, thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe.

Quyền Cá Nhân

Sau đây là các quyền của quý vị liên quan đến PHI. Nếu quý vị muốn sử dụng bất kỳ quyền nào sau đây, vui lòng liên lạc với chúng tôi bằng cách sử dụng thông tin ở cuối của Thông Báo này.

- ***Quyền Thu Hồi Sự Cho Phép -*** Quý vị có thể thu hồi sự cho phép của mình bất kỳ lúc nào, việc thu hồi sự cho phép này phải bằng văn bản. Việc thu hồi sẽ có hiệu lực ngay lập tức, ngoại trừ trong phạm vi chúng tôi đã thực hiện hành động dựa trên sự cho phép và trước khi chúng tôi nhận được thu hồi bằng văn bản của quý vị.

- ***Quyền Yêu Cầu Các Hạn Chế -*** Quý vị có quyền yêu cầu hạn chế sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị cho việc điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe, cũng như tiết lộ cho những người liên quan đến việc chăm sóc quý vị hoặc thanh toán cho việc chăm sóc quý vị, chẳng hạn như các thành viên trong gia đình hoặc bạn thân. Yêu cầu của quý vị cần nêu rõ những hạn chế quý vị muốn và nêu rõ những người mà hạn chế sẽ áp dụng. Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu này. Nếu chúng tôi đồng ý, chúng tôi sẽ tuân thủ yêu cầu hạn chế của quý vị trừ khi thông tin đó cần thiết để cung cấp việc điều trị cấp cứu cho quý vị. Tuy nhiên, chúng tôi sẽ hạn chế sử dụng hoặc tiết lộ PHI cho việc thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe của chương trình bảo hiểm y tế khi quý vị đã thanh toán đầy đủ chi phí xuất túi cho dịch vụ hoặc vật dụng.

- ***Quyền Yêu Cầu Thông Tin Liên Lạc Bảo Mật -*** Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị về PHI của quý vị bằng các phương tiện thay thế hoặc đến các địa điểm thay thế. Quyền này chỉ áp dụng trong các trường hợp sau: (1) thông tin liên lạc tiết lộ thông tin y tế hoặc tên và địa chỉ của nhà cung cấp liên quan đến việc nhận các dịch vụ nhạy cảm hoặc (2) tiết lộ tất cả hoặc một phần thông tin y tế hoặc tên và địa chỉ của nhà cung cấp có thể gây nguy hiểm cho quý vị khi thông tin không được truyền đạt bằng các phương tiện thay thế hoặc đến địa điểm thay thế mà quý vị muốn. Quý vị không phải giải thích lý do yêu cầu của mình, nhưng yêu cầu của quý vị phải nêu rõ rằng thông tin liên lạc tiết lộ thông tin y tế hoặc tên và địa chỉ nhà cung cấp liên quan đến việc nhận các dịch vụ nhạy cảm hoặc tiết lộ toàn bộ hoặc một phần thông tin y tế hoặc tên và địa chỉ của nhà cung cấp có thể gây nguy hiểm cho quý vị nếu không thay đổi phương tiện hoặc địa điểm liên lạc. Chúng tôi phải đáp ứng yêu cầu của quý vị nếu yêu cầu đó hợp lý và nêu rõ phương tiện hoặc địa điểm thay thế nơi PHI của quý vị nên được cung cấp.

- ***Quyền Tiếp Cận và Nhận Bản Sao PHI của Quý Vị -*** Quý vị có quyền xem xét hoặc có được các bản sao PHI của quý vị trong bộ hồ sơ được chỉ định, với các trường hợp ngoại lệ có giới hạn. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cung cấp các bản sao dưới định dạng khác không phải các bản sao dạng giấy. Chúng tôi sẽ sử dụng định dạng quý vị yêu cầu trừ khi chúng tôi không thể thực hiện được như vậy. Quý vị có thể yêu cầu bằng văn bản để có được quyền tiếp cận PHI của quý vị. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu tiếp cận của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị văn bản giải thích và sẽ cho quý vị biết nếu các lý do từ chối có thể được xem xét và cách thức yêu cầu sự xem xét này hoặc nếu sự từ chối đó không thể được xem xét.

- ***Quyền Sửa Đổi PHI của Quý Vị -*** Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi sửa đổi, hoặc thay đổi, PHI của quý vị nếu quý vị tin rằng PHI có chứa thông tin không chính xác. Quý vị phải yêu cầu bằng văn bản, và phải giải thích tại sao nên sửa đổi thông tin. Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu của quý vị vì những lý do nhất định, ví dụ nếu chúng tôi đã không tạo ra thông tin quý vị muốn sửa đổi và người tạo ra PHI có thể thực hiện sửa đổi. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị văn bản giải thích. Quý vị có thể trả lời bằng một tuyên bố rằng quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi và chúng tôi sẽ đính kèm tuyên bố của quý vị với PHI mà quý vị yêu cầu chúng tôi sửa đổi. Nếu chúng tôi chấp nhận yêu cầu sửa đổi thông tin của quý vị, chúng tôi sẽ nỗ lực hợp lý để thông báo cho những người khác, kể cả những người mà quý vị nêu tên, về sửa đổi và bao gồm những thay đổi đối với bất kỳ tiết lộ nào trong tương lai về thông tin đó.

- ***Quyền Nhận Giải Trình về Tiết Lộ-*** Quý vị có quyền nhận một danh sách các trường hợp trong khoảng thời gian 6 năm gần đây mà chúng tôi hoặc các cộng sự kinh doanh của chúng tôi đã tiết lộ PHI của quý vị. Điều này không áp dụng cho việc tiết lộ nhằm mục đích điều trị, thanh toán, các hoạt động chăm sóc sức khỏe, hoặc tiết lộ mà quý vị đã cho phép và một số hoạt động khác. Nếu quý vị yêu cầu giải trình này nhiều lần trong khoảng thời gian 12 tháng, chúng tôi có thể tính phí hợp lý với quý vị, dựa trên chi phí để đáp ứng các yêu cầu bổ sung này. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thêm thông tin về phí của chúng tôi tại thời điểm quý vị yêu cầu.

- ***Quyền Nộp Đơn Khiếu Nại -*** Nếu quý vị cảm thấy quyền riêng tư của quý vị đã bị xâm phạm hoặc chúng tôi đã vi phạm các thực hành quyền riêng tư của chính chúng tôi, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại cho chúng tôi bằng văn bản hoặc qua điện thoại bằng cách sử dụng thông tin liên lạc ở cuối của Thông Báo này. Đối với các khiếu nại của thành viên Medi-Cal, thành viên cũng có thể liên lạc với Sở Y Tế của Tiểu Bang California được liệt kê ở mục kế tiếp.

  Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại tới Văn Phòng Dân Quyền, Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ bằng cách gửi thư tới 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 hoặc gọi điện thoại đến số 1-800-368-1019, (TTY: 1-866-788-4989) hoặc truy cập trang web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.

CHÚNG TÔI SẼ KHÔNG THỰC HIỆN BẤT KỲ HÀNH ĐỘNG NÀO CHỐNG LẠI QUÝ VỊ VÌ NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI.

***Quyền Nhận Bản Sao Thông Báo này* -** Quý vị có thể yêu cầu một bản sao Thông Báo của chúng tôi bất cứ lúc nào bằng cách sử dụng danh sách thông tin liên lạc ở cuối Thông Báo. Nếu quý vị nhận được Thông Báo này trên trang web của chúng tôi hoặc bằng thư điện tử (e-mail), quý vị cũng có quyền yêu cầu một bản sao bằng giấy của Thông Báo.

Thông Tin Liên Lạc

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về Thông Báo này, về thực hành quyền riêng tư của chúng tôi liên quan đến PHI của quý vị hoặc cách thực hiện các quyền của quý vị, quý vị có thể liên lạc với chúng tôi bằng thư hoặc qua điện thoại bằng cách sử dụng thông tin liên lạc được liệt kê dưới đây.

Health Net Privacy Office

Attn: Privacy Official

P.O. Box 9103

Van Nuys, CA 9140

Điện Thoại: 1-800-522-0088

Fax: 1-818-676-8314

Email: Privacy@healthnet.com

Chỉ đối với thành viên Medi-Cal, nếu quý vị tin rằng chúng tôi chưa bảo vệ quyền riêng tư của quý vị và muốn khiếu nại, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại bằng cách gọi điện hoặc viết thư cho:

Privacy Officer

c/o Office of Legal Services

California Department of Health Care Services

1501 Capitol Avenue, MS 0010

P.O. Box 997413

Sacramento, CA 95899-7413

Điện thoại: 1-916-445-4646 hoặc 1-866-866-0602 (TTY:TDD: 1-877-735-2929)

Email: Privacyofficer@dhcs.ca.gov

THÔNG BÁO VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ ĐỐI VỚI THÔNG TIN TÀI CHÍNH

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ **THÔNG TIN TÀI CHÍNH** VỀ QUÝ VỊ CŨNG NHƯ CÁCH QUÝ VỊ CÓ THỂ TIẾP CẬN THÔNG TIN NÀY. XIN HÃY ĐỌC KỸ THÔNG BÁO NÀY.

Chúng tôi cam kết duy trì bảo mật thông tin tài chính cá nhân của quý vị. Đối với mục đích của thông báo này, "thông tin tài chính cá nhân" có nghĩa là thông tin về người đăng ký hoặc người nộp đơn cho các khoản bao trả dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà nhận dạng cá nhân, thường không được tiết lộ công khai, và được thu thập từ cá nhân hoặc có được qua việc cung cấp khoản bao trả chăm sóc sức khỏe cho cá nhân đó.

Thông Tin Chúng Tôi Thu Thập: Chúng tôi thu thập thông tin tài chính cá nhân về quý vị từ các nguồn sau:

- Thông tin mà chúng tôi nhận được từ quý vị trên các đơn đăng ký hoặc các mẫu đơn khác, như tên, địa chỉ, tuổi, thông tin y tế và số An Sinh Xã Hội;
- Thông tin về các giao dịch của quý vị với chúng tôi, chi nhánh của chúng tôi hoặc các bên khác, như khoản thanh toán phí bảo hiểm và lịch sử về yêu cầu bảo hiểm; và
- Thông tin từ các báo cáo về người tiêu dùng.

Tiết Lộ Thông Tin: Chúng tôi không tiết lộ thông tin tài chính cá nhân về người đăng ký hoặc người đăng ký cũ của chúng tôi cho bất kỳ bên thứ ba nào, ngoại trừ theo yêu cầu hoặc sự cho phép của pháp luật. Ví dụ, trong quá trình hoạt động kinh doanh nói chung của chúng tôi, chúng tôi có thể, theo sự cho phép của pháp luật, tiết lộ bất kỳ thông tin tài chính cá nhân nào mà chúng tôi thu thập được về quý vị, mà không cần sự cho phép của quý vị, cho các loại tổ chức sau:

- Cho các chi nhánh của công ty chúng tôi như các công ty bảo hiểm khác;
- Cho các công ty không phải là chi nhánh cho các mục đích kinh doanh hàng ngày, như xử lý các giao dịch của quý vị, duy trì (các) tài khoản của quý vị, hoặc đáp ứng các lệnh của tòa án và điều tra pháp lý; và
- Cho các công ty không phải chi nhánh thực hiện các dịch vụ cho chúng tôi, bao gồm việc gửi thông tin quảng cáo thay mặt chúng tôi.

Bảo Mật và An Toàn: Chúng tôi duy trì các biện pháp bảo vệ thực tế, điện tử và theo quy trình, theo các tiêu chuẩn hiện hành của tiểu bang và liên bang, để bảo vệ thông tin tài chính cá nhân của quý vị chống lại các rủi ro như mất mát, phá hủy hoặc sử dụng sai trái. Các biện pháp này bao gồm biện pháp bảo vệ máy tính, tập tin và tòa nhà được đảm bảo an toàn, và các hạn chế về đối tượng có thể tiếp cận thông tin tài chính cá nhân của quý vị.

Thắc Mắc về Thông Báo này: Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về thông báo này:

Vui lòng **gọi số điện thoại miễn phí ở mặt sau của thẻ ID của quý vị** hoặc liên lạc với Health Net theo số 1-800-522-0088.

Chương 12: Định nghĩa về các thuật ngữ quan trọng

Giới thiệu

Chương này bao gồm các thuật ngữ chính được sử dụng trong *Sổ Tay Thành Viên* với các định nghĩa. Các thuật ngữ được liệt kê theo thứ tự bảng chữ cái. Nếu quý vị không thể tìm thấy thuật ngữ mà quý vị đang tìm kiếm hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin ngoài định nghĩa, hãy liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Thành Viên.

Các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (viết tắt trong tiếng Anh là ADL): Những điều mọi người làm trong một ngày bình thường, chẳng hạn như ăn uống, sử dụng nhà vệ sinh, mặc quần áo, tắm rửa hoặc đánh răng.

Hỗ trợ thanh toán trong khi chờ giải quyết: Quý vị có thể tiếp tục nhận các phúc lợi của mình trong khi chờ quyết định về Kháng Nghị Cấp 1 hoặc Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang (Xem Chương 9 để biết thêm thông tin). Khoản bao trả tiếp tục này được gọi là “hỗ trợ thanh toán trong khi chờ giải quyết.”

Trung tâm phẫu thuật lưu động: Cơ sở phẫu thuật cho bệnh nhân ngoại trú đối với các bệnh nhân không cần dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện và những người được dự kiến không cần quá 24 giờ chăm sóc.

Kháng nghị: Một cách để quý vị phản đối hành động của chúng tôi nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã làm sai. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bao trả bằng cách nộp đơn kháng nghị. Chương 9 giải thích các kháng nghị, bao gồm cả cách thức kháng nghị.

Sức Khỏe Hành Vi: Thuật ngữ toàn diện đề cập đến sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng dược chất.

Thuốc chính hiệu: Thuốc theo toa bác sĩ được sản xuất và bán bởi công ty ban đầu sản xuất ra loại thuốc đó. Thuốc chính hiệu có cùng thành phần với phiên bản thuốc gốc của loại thuốc đó. Các loại thuốc gốc được sản xuất và bán bởi các công ty thuốc khác.

Cal MediConnect: Chương trình cung cấp kết hợp cả các phúc lợi Medicare và Medi-Cal của quý vị trong cùng một chương trình bảo hiểm y tế. Quý vị có thể có một Thẻ ID Thành Viên cho tất cả các phúc lợi của quý vị.

Điều phối viên dịch vụ chăm sóc: Một đầu mối chính làm việc với quý vị, với chương trình bảo hiểm y tế và với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc để đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết.

Chương trình chăm sóc: Xem "Chương trình Individualized Care Plan."

Các Dịch Vụ Tùy Chọn của chương trình Care Plan (Các Dịch Vụ CPO): Các dịch vụ bổ sung là các tùy chọn trong Chương Trình Individualized Care Plan (viết tắt trong tiếng Anh là ICP) của quý vị. Những dịch vụ này không nhằm mục đích thay thế các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn mà quý vị được phép nhận trong Medi-Cal.

Nhóm chăm sóc: Xem "Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành."

Giai đoạn bao trả phần lớn tiền thuốc: Giai đoạn này nằm trong phúc lợi thuốc Part D mà chương trình thanh toán toàn bộ các chi phí thuốc của quý vị cho đến ngày cuối cùng của năm. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị đạt mức giới hạn $5.000 cho các thuốc theo toa bác sĩ của mình.

Các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (viết tắt trong tiếng Anh là CMS): Cơ quan liên bang quản lý Medicare. Chương 2 giải thích cách liên lạc với CMS.

Các Dịch Vụ cho Người Lớn tại Cộng Đồng (viết tắt trong tiếng Anh là CBAS): Chương trình dịch vụ tại cơ sở dành cho bệnh nhân ngoại trú cung cấp dịch vụ điều dưỡng chuyên môn, các dịch vụ xã hội, liệu pháp, chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ cho gia đình/người chăm sóc, các dịch vụ về dinh dưỡng, vận chuyển và các dịch vụ khác cho những Người Đăng Ký đủ điều kiện đáp ứng các tiêu chí về tính đủ điều kiện được áp dụng.

Khiếu nại: Tuyên bố bằng văn bản hoặc bằng lời nói cho biết quý vị gặp vấn đề hoặc có mối lo ngại về các dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc được bao trả của quý vị. Điều này bao gồm bất cứ mối lo ngại nào về chất lượng dịch vụ chăm sóc của quý vị, các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi hoặc các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Tên chính thức cho "khiếu nại" là "nộp lời than phiền".

Cơ sở phục hồi chức năng toàn diện ngoại trú (viết tắt trong tiếng Anh là CORF): Cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi bị bệnh, tai nạn hoặc đại phẫu. Cơ sở cung cấp một loạt các dịch vụ bao gồm liệu pháp vật lý, các dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, liệu pháp hô hấp, liệu pháp chức năng, liệu pháp ngôn ngữ và các dịch vụ đánh giá môi trường tại nhà.

Khoản đồng thanh toán: Số tiền cố định mà quý vị thanh toán cho phần đồng trả chi phí của quý vị mỗi lần quý vị nhận được một số thuốc theo toa bác sĩ. Ví dụ như, quý vị có thể trả $2 hoặc $5 cho một loại thuốc theo toa bác sĩ.

Khoản đồng trả chi phí: Số tiền quý vị phải trả khi quý vị nhận được một số thuốc theo toa bác sĩ. Các hạng đồng trả chi phí là các nhóm thuốc bao gồm các khoản đồng thanh toán.

Hạng đồng trả chi phí: Nhóm các thuốc có cùng khoản đồng thanh toán. Mọi loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* (còn được gọi là Danh Sách Thuốc) đều thuộc một trong ba hạng đồng trả chi phí.

Quyết định bao trả: Quyết định về những phúc lợi nào mà chúng tôi bao trả. Bao gồm các quyết định về các thuốc và các dịch vụ được bao trả hoặc số tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Chương 9 giải thích cách yêu cầu chúng tôi ra quyết định bao trả.

Các thuốc được bao trả: Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các loại thuốc theo toa bác sĩ và thuốc mua tự do không cần toa (viết tắt trong tiếng Anh là OTC) được chương trình của chúng tôi bao trả.

Các dịch vụ được bao trả: Thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng để nói đến tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, nguồn tiếp liệu, thuốc theo toa bác sĩ và các thuốc mua tự do không cần toa, thiết bị và các dịch vụ khác được chương trình của chúng tôi bao trả.

Đào tạo Năng Lực Văn Hóa: Đào tạo cung cấp hướng dẫn bổ sung cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi giúp họ hiểu rõ hơn về tiểu sử, giá trị và niềm tin của quý vị để điều chỉnh các dịch vụ nhằm đáp ứng nhu cầu về xã hội, văn hóa và ngôn ngữ của quý vị.

Mức đồng trả chi phí hàng ngày: Một mức mà có thể được áp dụng khi bác sĩ của quý vị kê toa nguồn tiếp liệu ít hơn nguồn tiếp liệu cho một số loại thuốc nhất định đủ dùng trong cả tháng cho quý vị và quý vị phải trả khoản đồng thanh toán. Mức đồng trả chi phí hàng ngày là khoản đồng thanh toán chia cho số ngày nhận nguồn tiếp liệu đủ dùng trong một tháng. Sau đây là một ví dụ: Giả sử khoản đồng thanh toán thuốc cho nguồn tiếp liệu đủ dùng trong cả tháng (nguồn tiếp liệu đủ dùng trong 30 ngày) là $1,25. Điều này có nghĩa là số tiền quý vị trả cho thuốc của mình mỗi ngày là nhiều hơn $0,04 một chút. Nếu quý vị nhận được nguồn tiếp liệu thuốc đủ dùng trong 7 ngày, khoản thanh toán của quý vị sẽ là nhiều hơn $0,04 một chút mỗi ngày nhân với 7 ngày được tổng số tiền thanh toán là $0,29.

Sở Y Tế (viết tắt trong tiếng Anh là DHCS): Sở thuộc Tiểu Bang California quản lý Chương Trình Medicaid Program (còn gọi là Medi-Cal ở Tiểu Bang California), thường được gọi là “Tiểu Bang” trong sổ tay này.

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (viết tắt trong tiếng Anh là DMHC): Sở thuộc Tiểu Bang California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm y tế. DMHC hỗ trợ các cá nhân thuộc Cal MediConnect giải quyết các kháng nghị và khiếu nại về các dịch vụ Medi-Cal. DMHC cũng tiến hành các Đánh Giá Y Tế Độc Lập (viết tắt trong tiếng Anh là IMR).

Hủy đăng ký: Quy trình kết thúc tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Việc hủy tư cách thành viên có thể là tự nguyện (lựa chọn của chính quý vị) hoặc không tự nguyện (không phải là lựa chọn của quý vị).

Các hạng thuốc: Nhóm thuốc trong Danh Sách Thuốc. Thuốc gốc, thuốc chính hiệu hay thuốc mua tự do không cần toa (viết tắt trong tiếng Anh là OTC) là những ví dụ các hạng thuốc. Mọi loại thuốc có trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* đều thuộc một trong ba hạng thuốc trên.

Thiết bị y tế lâu bền (viết tắt trong tiếng Anh là DME): Một số vật dụng được bác sĩ của quý vị chỉ định để sử dụng tại nhà riêng của quý vị. Các ví dụ về những thiết bị này bao gồm xe lăn, nạng, hệ thống đệm điện, nguồn tiếp liệu bệnh tiểu đường, giường bệnh viện theo đơn đặt hàng của nhà cung cấp để sử dụng tại nhà, máy bơm truyền tĩnh mạch, thiết bị phát âm, thiết bị và nguồn tiếp liệu ôxy, ống phun khí dung và khung tập đi.

Trường hợp cấp cứu: Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị hoặc bất kỳ người nào khác có hiểu biết trung bình về sức khỏe và y khoa cho rằng quý vị có triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức nhằm ngăn ngừa việc tử vong, mất bộ phận cơ thể hoặc mất chức năng của bộ phận cơ thể. Các triệu chứng y tế có thể là thương tích nghiêm trọng hoặc đau nặng.

Dịch vụ chăm sóc cấp cứu: Các dịch vụ được bao trả được cung cấp bởi nhà cung cấp đã được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu và cần thiết để điều trị trường hợp cấp cứu về mặt y tế hoặc sức khỏe hành vi.

Trường hợp ngoại Lệ: Sự cho phép nhận khoản bao trả cho một loại thuốc mà thông thường không được bao trả hoặc cho phép sử dụng thuốc mà không có một số các quy tắc và giới hạn.

Extra Help: Chương trình của Medicare nhằm trợ giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế để giảm chi phí các thuốc theo toa bác sĩ của Medicare Part D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và khoản đồng thanh toán. Extra Help còn được gọi là “Low-Income Subsidy”, hay “LIS.”

Thuốc gốc: Thuốc theo toa bác sĩ được phê duyệt bởi chính phủ liên bang để sử dụng thay thế thuốc chính hiệu. Thuốc gốc có cùng thành phần hoạt chất với thuốc chính hiệu. Thông thường thuốc gốc rẻ hơn và có hiệu quả giống như thuốc chính hiệu.

Lời Than Phiền: Một loại khiếu nại quý vị đưa ra về chúng tôi hoặc một trong các nhà cung cấp hoặc nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Bao gồm khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Chương Trình Health Insurance Counseling and Advocacy Program (viết tắt trong tiếng Anh là HICAP) : Chương trình cung cấp các thông tin và tư vấn miễn phí, khách quan về Medicare. Chương 2 giải thích cách thức liên lạc với HICAP.

Chương trình bảo hiểm y tế: Một tổ chức bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp dịch vụ dài hạn và các nhà cung cấp khác. Chương trình cũng có các điều phối viên chăm sóc sức khỏe để giúp đỡ quý vị quản lý tất cả các nhà cung cấp và dịch vụ của quý vị. Tất cả họ làm việc cùng nhau để cung cấp dịch vụ chăm sóc quý vị cần.

Đánh giá rủi ro sức khỏe: Đánh giá bệnh sử và tình trạng hiện tại của bệnh nhân. Được dùng để chỉ ra tình trạng sức khỏe của bệnh nhân và cách thức có thể thay đổi trong tương lai.

Người trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại gia: Một người cung cấp dịch vụ không cần kỹ năng của y tá hoặc nhà liệu pháp được cấp phép, chẳng hạn như trợ giúp chăm sóc cá nhân (như tắm rửa, đi vệ sinh, mặc quần áo hoặc tiến hành các bài tập được chỉ định). Trợ giúp chăm sóc sức khỏe tại gia không có giấy phép điều dưỡng hoặc cung cấp liệu pháp.

Chương trình bệnh viện cho người hấp hối: Chương trình chăm sóc và hỗ trợ cho những người có tiên lượng bệnh giai đoạn cuối nhằm giúp họ sống thoải mái. Tiên lượng bệnh giai đoạn cuối nghĩa là một người bị bệnh giai đoạn cuối và dự kiến chỉ còn sống được không quá sáu tháng.

- Người đăng ký có tiên lượng bệnh giai đoạn cuối có quyền chọn chương trình bệnh viện dành cho người hấp hối.
- Nhóm chuyên gia được đào tạo đặc biệt và những người chăm sóc cung cấp dịch vụ chăm sóc bao quát toàn diện cho một người, kể cả nhu cầu về thể chất, tình cảm, xã hội và tinh thần.
- Health Net Cal MediConnect phải cung cấp cho quý vị danh sách các nhà cung cấp trong chương trình bệnh viện dành cho người hấp hối trong khu vực địa lý của quý vị.

Tính hóa đơn không đúng cách/không phù hợp: Tình huống trong đó nhà cung cấp (chẳng hạn như bác sĩ hoặc bệnh viện) tính hóa đơn cho quý vị nhiều hơn khoản đồng trả chi phí của chương trình cho dịch vụ. Trình thẻ ID Thành Viên của Health Net Cal MediConnect của quý vị khi quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc theo toa bác sĩ nào. Hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên nếu quý vị nhận được bất cứ hóa đơn nào mà quý vị không hiểu.

Vì Health Net Cal MediConnect thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ của quý vị, quý vị không nợ bất kỳ khoản đồng trả chi phí nào. Nhà cung cấp sẽ không tính hóa đơn cho quý vị cho bất kỳ chi phí nào đối với các dịch vụ này.

Đánh Giá Y Tế Độc Lập (viết tắt trong tiếng Anh là IMR): Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu về các dịch vụ hoặc điều trị y tế của quý vị, quý vị có thể nộp đơn kháng nghị lên chúng tôi. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi và vấn đề của quý vị là về dịch vụ Medi-Cal, quý vị có thể yêu cầu Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý Tiểu Bang California đưa ra IMR. IMR là một đánh giá trường hợp của quý vị do các bác sĩ không thuộc chương trình của chúng tôi thực hiện. Nếu IMR được quyết định có lợi cho quý vị, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ hoặc phương pháp điều trị quý vị yêu cầu. Quý vị không phải trả chi phí cho IMR.

Chương trình Individualized Care Plan (viết tắt trong tiếng Anh là ICP hoặc Care Plan): Chương trình mà có nêu các dịch vụ quý vị sẽ nhận được và cách thức quý vị sẽ nhận chúng. Chương trình của quý vị có thể bao gồm các dịch vụ y tế, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

Giai đoạn bao trả ban đầu: Giai đoạn trước khi tổng chi phí thuốc Part D của quý vị đạt mức $5,000 Khoản này bao gồm số tiền quý vị đã thanh toán, những khoản chương trình của chúng tôi đã thanh toán trên danh nghĩa của quý vị và trợ cấp thu nhập thấp. Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị mua thuốc theo toa bác sĩ lần đầu tiên trong năm. Trong giai đoạn này, chương trình thanh toán một phần các chi phí thuốc của quý vị và quý vị thanh toán phần chi phí của mình.

Bệnh nhân nội trú: Thuật ngữ được sử dụng khi quý vị được nhập viện chính thức để nhận các dịch vụ y tế chuyên môn. Nếu quý vị không được nhập viện chính thức, quý vị có thể vẫn được coi là bệnh nhân ngoại trú thay vì là bệnh nhân nội trú ngay cả khi quý vị có ở lại bệnh viện qua đêm.

Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành (viết tắt trong tiếng Anh là ICT hoặc nhóm Chăm Sóc): Nhóm chăm sóc có thể bao gồm các bác sĩ, y tá, tư vấn viên hoặc các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác có mặt ở đó để giúp quý vị nhận dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần. Nhóm chăm sóc sức khỏe của quý vị cũng sẽ giúp quý vị lập kế hoạch chăm sóc.

Dach Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Sách Thuốc): Danh sách các thuốc theo toa bác sĩ và thuốc mua tự do không cần toa (viết tắt trong tiếng Anh là OTC) được chương trình bao trả. Chương trình chọn các thuốc trong danh sách này với sự giúp đỡ của các bác sĩ và nhà thuốc. Danh Sách Thuốc cho quý vị biết nếu có bất cứ quy tắc nào mà quý vị cần tuân theo để nhận các thuốc của quý vị. Danh Sách Thuốc đôi khi còn được gọi là “danh mục thuốc.”

Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (viết tắt trong tiếng Anh là LTSS): Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn là các dịch vụ mà giúp cải thiện bệnh trạng dài hạn. Hầu hết các dịch vụ này giúp quý vị ở trong nhà của mình vì thế quý vị không phải đi đến dưỡng đường hoặc bệnh viện. LTSS bao gồm chương trình Multipurpose Senior Services Program (viết tắt trong tiếng Anh là MSSP), Các Dịch Vụ cho Người Lớn tại Cộng Đồng (viết tắt trong tiếng Anh là CBAS), và Dưỡng Đường/Cơ Sở Chăm Sóc Bán Cấp (viết tắt trong tiếng Anh là NF/SCF).

Chương trình Low-income subsidy (viết tắt trong tiếng Anh là LIS): Xem “Extra Help.”

Medi-Cal: Đây là tên của chương trình Medicaid ở California. Medi-Cal được điều hành bởi tiểu bang và được chính phủ tiểu bang và liên bang trợ cấp tài chính.

- Chương trình này giúp đỡ những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn cũng như các chi phí y tế.
- Chương trình bao trả các dịch vụ và một số thuốc ngoài mà không được Medicare bao trả.
- Các chương trình của Medicaid thay đổi tùy theo từng tiểu bang, nhưng phần lớn chi phí chăm sóc sức khỏe sẽ được bao trả nếu quý vị đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Medicaid.
- Xem Chương 2 để biết thông tin về cách liên lạc với Medi-Cal.

Các Chương Trình Medi-Cal: Các chương trình chỉ bao trả các phúc lợi Medi-Cal chẳng hạn như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, thiết bị y tế và vận chuyển. Các phúc lợi Medicare là riêng biệt.

Nhóm Y Tế: Một nhóm các PCP, chuyên gia và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác làm việc cùng nhau và có ký hợp đồng để làm việc với chương trình của chúng tôi.

Cần thiết về mặt y tế: Thuật ngữ này mô tả các dịch vụ, nguồn tiếp liệu hoặc các thuốc mà quý vị cần để ngăn ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị một bệnh trạng hoặc duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Dịch vụ này bao gồm cả chăm sóc giúp quý vị tránh phải đến bệnh viện hoặc dưỡng đường. Đó cũng có nghĩa là các dịch vụ, nguồn tiếp liệu hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn thực hành được chấp nhận trong ngành y tế. Cần Thiết về Mặt Y Tế có nghĩa là tất cả các dịch vụ được bao trả hợp lý và cần thiết để bảo vệ tính mạng, ngăn ngừa bệnh nghiêm trọng hay Khuyết Tật nghiêm trọng, hay làm giảm bớt cơn đau nặng thông qua việc Chẩn Đoán hoặc điều trị căn bệnh, chứng bệnh hay thương tích.

Medicare: Chương trình bảo hiểm y tế của liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị một số khuyết tật và những người bị bệnh thận giai đoạn cuối (thường là những người bị suy thận vĩnh viễn cần thẩm tách hoặc cấy ghép thận). Những người có bảo hiểm Medicare có thể nhận khoản bao trả chăm sóc sức khỏe Medicare thông qua Original Medicare hoặc chương trình chăm sóc có quản lý (xem “Chương trình bảo hiểm y tế”).

Chương Trình Medicare Advantage: Chương trình Medicare, còn được gọi là “Medicare Part C” hay “MA Plans”, cung cấp các chương trình thông qua các công ty tư nhân. Medicare thanh toán cho các công ty này để bao trả các phúc lợi Medicare của quý vị.

Các dịch vụ được Medicare bao trả: Các dịch vụ được bao trả bởi Medicare Part A và Part B. Tất cả các chương trình bảo hiểm y tế của Medicare, bao gồm cả chương trình của chúng tôi phải bao trả tất cả các dịch vụ được Medicare Part A và Part B bao trả.

Người đăng ký Medicare-Medi-Cal (Đủ Điều Kiện Kép): Một người có đủ tiêu chuẩn để nhận khoản bao trả của cả Medicare và Medi-Cal. Người đăng ký Medicare-Medi-Cal còn được gọi là “người thụ hưởng đủ điều kiện kép”.

Medicare Part A: Chương trình Medicare bao trả cho hầu hết các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, dưỡng đường chuyên môn, tại gia và dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện cho người hấp hối cần thiết về mặt y tế.

Medicare Part B: Chương trình Medicare bao trả các dịch vụ (như xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, phẫu thuật và các lần thăm khám bác sĩ) và các nguồn tiếp liệu (như xe lăn và khung tập đi) cần thiết về mặt y tế để điều trị một căn bệnh hoặc bệnh trạng. Medicare Part B cũng bao trả nhiều dịch vụ phòng ngừa và khám sàng lọc.

Medicare Part C: Chương trình Medicare cho phép các công ty bảo hiểm y tế tư nhân cung cấp các phúc lợi Medicare qua chương trình Medicare Advantage Plan.

Medicare Part D: Chương trình phúc lợi thuốc theo toa bác sĩ của Medicare. (Chúng tôi gọi tắt chương trình này là "Part D".) Part D bao trả các loại thuốc theo toa bác sĩ dành cho bệnh nhân ngoại trú, vắc-xinvắc-xin và một số nguồn tiếp liệu không được bao trả bởi Medicare Part A hoặc Part B hoặc Medi-Cal. Health Net Cal MediConnect bao gồm Medicare Part D.

Thuốc Medicare Part D: Các thuốc có thể được bao trả theo Medicare Part D. Quốc hội loại trừ cụ thể một số loại thuốc khỏi khoản bao trả là các thuốc Part D. Medi-Cal có thể bao trả một số thuốc này.

Thành viên (thành viên chương trình của chúng tôi hoặc thành viên chương trình): Người tham gia Medicare và Medi-Cal đủ điều kiện để nhận các dịch vụ được bao trả đã đăng ký vào chương trình của chúng tôi và có đăng ký đã được xác nhận bởi Các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (viết tắt trong tiếng Anh là CMS) và tiểu bang.

***Sổ Tay Thành Viên* và Thông Tin Tiết Lộ:** Tài liệu này cùng với mẫu đơn đăng ký của quý vị và bất kỳ giấy tờ đính kèm, phụ lục khác mà giải thích về khoản bao trả của quý vị, điều chúng tôi phải làm, quyền của quý vị và điều quý vị phải làm với tư cách là thành viên chương trình của chúng tôi.

Dịch Vụ Thành Viên: Bộ phận trong chương trình của chúng tôi có trách nhiệm trả lời các thắc mắc của quý vị về tư cách thành viên, phúc lợi, lời than phiền và kháng nghị. Xem Chương 2 để biết thông tin về cách liên lạc với Dịch Vụ Thành Viên.

Chương Trình Multipurpose Senior Services Program (viết tắt trong tiếng Anh là MSSP): Chương trình cung cấp Các Dịch Vụ Tại Gia và Cộng Đồng (viết tắt trong tiếng Anh là HCBS) cho các cá nhân đủ điều kiện tham gia Medi-Cal từ 65 tuổi trở lên bị khuyết tật như một lựa chọn thay thế cho lựa chọn đến dưỡng đường.

Nhà thuốc trong mạng lưới: Nhà thuốc (hiệu thuốc) đồng ý bán các thuốc theo toa bác sĩ cho các thành viên trong chương trình của chúng tôi. Chúng tôi gọi các nhà thuốc này là "nhà thuốc trong mạng lưới" vì họ đã đồng ý làm việc với chương trình của chúng tôi. Trong phần lớn các trường hợp, thuốc theo toa bác sĩ của quý vị chỉ được bao trả nếu được mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

Nhà cung cấp trong mạng lưới: "Nhà cung cấp" là thuật ngữ chung chúng tôi sử dụng cho các bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp các dịch vụ và dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Thuật ngữ này cũng bao gồm bệnh viện, các cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia, phòng khám và các địa điểm khác cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị, các thiết bị y tế và các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

- Các nhà cung cấp được Medicare và tiểu bang cấp phép hoặc chứng nhận để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

- Chúng tôi gọi là “các nhà cung cấp trong mạng lưới” khi họ đồng ý làm việc với chương trình bảo hiểm y tế và chấp nhận phần thanh toán của chúng tôi và không tính phí phụ trội với các thành viên của chúng tôi.
- Trong khi quý vị là thành viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận các dịch vụ được bao trả. Các nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là “các nhà cung cấp trong chương trình”.

Cơ sở hoặc nhà điều dưỡng: Nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận dịch vụ chăm sóc tại gia nhưng không cần phải nằm viện.

Thanh Tra: Một văn phòng ở tiểu bang của quý vị hoạt động với tư cách là người biện hộ thay mặt cho quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu cần phải làm gì. Các dịch vụ của thanh tra là miễn phí. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về chương trình Cal MediConnect Ombuds Program ở Chương 2 và Chương 9 của sổ tay này.

Xác định của tổ chức: Chương trình đã ra xác định của tổ chức khi chương trình, hoặc một trong các nhà cung cấp của chương trình, ra quyết định về việc dịch vụ có được bao trả hay không hoặc số tiền quý vị phải thanh toán cho các dịch vụ được bao trả. Các xác định của tổ chức được gọi là “quyết định bao trả” trong sổ tay này. Chương 9 giải thích cách yêu cầu chúng tôi ra quyết định bao trả.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare tính phí theo mỗi dịch vụ): Original Medicare được chính phủ cung cấp. Theo Original Medicare, các dịch vụ của Medicare được bao trả bằng cách chi trả cho bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác các khoản do Quốc Hội đặt ra.

- Quý vị có thể đến khám với bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác chấp nhận Medicare. Original Medicare có hai phần: Part A (bảo hiểm bệnh viện) và Part B (bảo hiểm y tế).
- Original Medicare được cung cấp ở mọi nơi tại Hoa Kỳ.
- Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể chọn Original Medicare.

Nhà thuốc ngoài mạng lưới: Nhà thuốc không đồng ý làm việc với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp các thuốc được bao trả cho các thành viên trong chương trình của chúng tôi. Hầu hết các thuốc quý vị nhận được từ các nhà thuốc ngoài mạng lưới không được chương trình của chúng tôi bao trả trừ khi áp dụng một số điều kiện nhất định.

Nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoặc **Cơ sở ngoài mạng lưới:** Nhà cung cấp hoặc cơ sở không được sử dụng, sở hữu hoặc điều hành bởi chương trình của chúng tôi và không nằm trong hợp đồng cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các thành viên trong chương trình của chúng tôi. Chương 3 giải thích các nhà cung cấp hoặc cơ sở ngoài mạng lưới.

Chi phí xuất túi: Yêu cầu đồng trả chi phí để các thành viên thanh toán một phần các dịch vụ hoặc thuốc họ nhận được còn được gọi là yêu cầu chi phí "xuất túi". Xem định nghĩa "khoản đồng trả chi phí" ở trên.

Thuốc mua tự do không cần toa (viết tắt trong tiếng Anh là OTC): Thuốc không theo toa đề cập đến bất kỳ loại thuốc nào mà một người có thể mua mà không cần toa của chuyên gia chăm sóc sức khỏe.

Part A: Xem "Medicare Part A."

Part B: Xem "Medicare Part B."

Part C: Xem "Medicare Part C."

Part D: Xem "Medicare Part D."

Thuốc Part D: Xem "Thuốc Medicare Part D."

Thông tin sức khỏe cá nhân (còn được gọi là thông tin sức khỏe Được Bảo Vệ (PHI): Thông tin về quý vị và sức khỏe của quý vị, như tên, địa chỉ, số an sinh xã hội, lần thăm khám với bác sĩ và bệnh sử của quý vị. Xem Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư của Health Net Cal MediConnect để biết thêm thông tin về cách thức Health Net Cal MediConnect bảo vệ, sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị, cũng như các quyền của quý vị liên quan đến PHI của quý vị.

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (viết tắt trong tiếng Anh là PCP): Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị là bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị sẽ đến gặp trước tiên đối với phần lớn các vấn đề về sức khỏe. Họ sẽ đảm bảo rằng quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết để giúp quý vị luôn khỏe mạnh.

- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính cũng có thể trao đổi với các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về dịch vụ chăm sóc cho quý vị và giới thiệu quý vị tới gặp họ.
- Trong rất nhiều chương trình bảo hiểm y tế của Medicare, quý vị phải tới khám tại nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình trước khi tới khám tại bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.
- Xem Chương 3 để biết thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính.

Sự cho phép trước: Phê duyệt từ Health Net Cal MediConnect mà quý vị phải nhận được trước khi quý vị có thể nhận được dịch vụ hoặc thuốc cụ thể hoặc gặp một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Health Net Cal MediConnect có thể không bao trả cho dịch vụ hoặc loại thuốc đó nếu quý vị không có được sự phê duyệt.

Một số dịch vụ y tế trong mạng lưới chỉ được bao trả nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới nhận được sự cho phép trước từ chương trình của chúng tôi.

- Các dịch vụ được bao trả cần sự cho phép trước được đánh dấu trong Bảng Phúc Lợi trong Chương 4.

Một số loại thuốc chỉ được bao trả nếu quý vị xin phép chúng tôi trước.

- Các loại thuốc được bao trả mà cần sự cho phép trước được đánh dấu trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả*.

Chương Trình Program for All-Inclusive Care for the Elderly (viết tắt trong tiếng Anh là PACE): Chương trình bao trả các phúc lợi Medicare và Medi-Cal cho những người từ 55 trở lên và cần mức độ chăm sóc cao hơn khi sống ở nhà.

Bộ Phận Giả và Thiết Bị Chỉnh Hình: Đây là những thiết bị y tế do bác sĩ hay nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị chỉ định. Các vật dụng được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở, nẹp tay, lưng và cổ; tay chân giả; mắt giả; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận cơ thể hoặc chức năng bên trong, bao gồm nguồn tiếp liệu cho phẫu thuật hậu môn nhân tạo và liệu pháp dinh dưỡng được cấp trong và ngoài đường tiêu hóa.

Tổ chức cải thiện chất lượng (viết tắt trong tiếng Anh là QIO): Một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác giúp cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho những người tham gia Medicare. Họ được
chính quyền liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc được cung cấp cho các bệnh nhân. Xem Chương 2 để biết thông tin về cách liên lạc với QIO cho tiểu bang của quý vị.

Giới hạn số lượng: Giới hạn về số thuốc quý vị có thể nhận được. Các giới hạn có thể là số lượng thuốc mà chúng tôi bao trả trên mỗi toa thuốc.

Giấy giới thiệu: Giấy giới thiệu có nghĩa là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (viết tắt trong tiếng Anh là PCP) của quý vị phải cung cấp cho quý vị phê duyệt trước khi quý vị có thể gặp người khác không phải là PCP của quý vị. Nếu quý vị không có được sự phê duyệt, Health Net Cal MediConnect có thể không bao trả cho dịch vụ đó. Quý vị không cần giấy giới thiệu để gặp một số chuyên gia nhất định, chẳng hạn như chuyên gia về sức khỏe của phụ nữ. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về giấy giới thiệu ở Chương 3 và về các dịch vụ yêu cầu cần phải có giấy giới thiệu ở Chương 4.

Dịch vụ phục hồi chức năng: Phương pháp điều trị quý vị nhận được để giúp quý vị phục hồi sau khi bị bệnh, tai nạn hoặc đại phẫu. Xem Chương 4 để tìm hiểu thêm về các dịch vụ phục hồi chức năng.

Khu vực dịch vụ: Khu vực địa lý nơi chương trình bảo hiểm y tế chấp nhận thành viên nếu chương trình này có giới hạn đối với tư cách thành viên dựa vào nơi họ sinh sống. Đối với các chương trình có giới hạn về bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, thông thường họ cũng có giới hạn về khu vực mà quý vị có thể nhận các dịch vụ (không cấp cứu) định kỳ. Chỉ những người sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi mới có thể tham gia Health Net Cal MediConnect.

Phần Đồng Trả Chi Phí: Phần chi phí dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị mà quý vị có thể phải trả mỗi tháng trước khi các phúc lợi Cal MediConnect có hiệu lực. Số tiền của phần đồng trả chi phí của quý vị thay đổi phụ thuộc vào thu nhập và các nguồn lực của quý vị.

Dưỡng đường chuyên môn (viết tắt trong tiếng Anh là SNF): Dưỡng đường có các nhân viên và thiết bị để cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và trong hầu hết các trường hợp là các dịch vụ phục hồi chức năng chuyên môn và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có liên quan.

Dịch vụ chăm sóc tại dưỡng đường chuyên môn (viết tắt trong tiếng Anh là SNF): Dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ phục hồi chức năng được cung cấp liên tục và hàng ngày tại dưỡng đường chuyên môn. Ví dụ về dịch vụ chăm sóc tại dưỡng đường chuyên môn bao gồm liệu pháp vật lý hoặc tiêm tĩnh mạch (viết tắt trong tiếng Anh là IV) mà y tá đã đăng ký hoặc bác sĩ có thể cung cấp.

Chuyên gia: Một bác sĩ cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một bệnh hoặc bộ phận cơ thể cụ thể**.**

Yêu Cầu Thường Xuyên: Yêu cầu được quý vị đưa ra để nhận tài liệu thông báo cho thành viên ở định dạng cụ thể (chẳng hạn như bản in cỡ lớn hoặc PDF có thể truy cập được) hoặc ngôn ngữ mà không cần thêm yêu cầu hoặc gọi điện thoại đến Health Net Cal MediConnect. Yêu cầu lâu dài vẫn lưu trong hồ sơ của quý vị cho đến khi quý vị yêu cầu thay đổi.

Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang: Nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác yêu cầu dịch vụ Medi-Cal mà chúng tôi sẽ không phê duyệt hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho dịch vụ Medi-Cal mà quý vị đã có, quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Nếu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang được quyết định có lợi cho quý vị, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ quý vị yêu cầu.

Liệu Pháp Từng Bước: Quy tắc bao trả yêu cầu quý vị trước hết thử dùng một loại thuốc khác trước khi chúng tôi bao trả cho loại thuốc quý vị đang yêu cầu.

Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (viết tắt trong tiếng Anh là SSI): Phúc lợi hàng tháng được cơ quan An Sinh Xã Hội thanh toán cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế mà bị khuyết tật, khiếm thị hoặc từ 65 tuổi trở lên. Các phúc lợi SSI không giống như các phúc lợi An Sinh Xã Hội.

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp: Dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được cho bệnh, thương tính hoặc tình trạng bất ngờ không phải cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay lập tức. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc khẩn thiết từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi các nhà cung cấp trong mạng lưới không sẵn có hoặc quý vị không thể tiếp cận họ.

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego)（TTY: 711）。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의：한국어를 사용하시는 경우 , 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오 .

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles)، 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।.

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Bộ phận Dịch Vụ Thành Viên của Health Net Cal MediConnect

GỌI	1-855-464-3572 Các cuộc gọi tới số này đều miễn phí. Có nhân viên trực tại đây để trao đổi với quý vị, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Bộ phận Dịch Vụ Thành Viên cũng có các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Quốc Gia) Cuộc gọi này miễn phí. Số điện thoại này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói. Các cuộc gọi tới số này đều miễn phí từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo.
FAX	1-800-281-2999
THƯ	Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422
TRANG WEB	www.healthnet.com/calmediconnect