

Nhiều lựa chọn hơn, chăm sóc tốt hơn.
Đó chính là Lợi thế của chúng tôi.

2024

Chúng Tôi Bảo Hiểm

CareOregon Advantage **Plus**
(HMO-POS D-SNP)

Đối với các quận sau của tiểu bang Oregon: Clackamas, Columbia,
Jackson, Multnomah, Tillamook và Washington

H5859_CO2024EOC_C



Ngày 1 Tháng Một - Ngày 31 Tháng Mười Hai, 2024

Chứng từ Bảo hiểm

Quyền lợi và Dịch vụ Y tế Medicare và Bảo hiểm Thuốc theo toa của quý vị với tư cách là Hội viên của CareOregon Advantage Plus HMO-POS D-SNP

Tài liệu này cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về bảo hiểm thuốc theo toa và chăm sóc sức khỏe Medicare và Oregon Health Plan (Medicaid) từ ngày 1 Tháng Một - ngày 31 Tháng Mười Hai, 2024. **Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Vui lòng cất giữ ở nơi an toàn.**

Nếu quý vị có thắc mắc về tài liệu này, vui lòng liên hệ ban Dịch vụ Khách hàng theo số 503-416-4279 hoặc 888-712-3258. (Người dùng TTY vui lòng gọi 711). Khung giờ từ ngày 1 Tháng Mười-31 Tháng Ba là 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày trong tuần, từ ngày 1 Tháng Tư-30 Tháng Chín là 8 giờ sáng-8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Cuộc gọi được miễn phí.

Chương trình này, **CareOregon Advantage Plus**, được cung cấp bởi Health Plan of CareOregon, Inc. (Khi *Chứng từ Bảo hiểm* này đề cập đến “chúng tôi” hoặc “của chúng tôi” thì có nghĩa là Health Plan of CareOregon, Inc. Khi tài liệu đề cập đến “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi” thì có nghĩa là CareOregon Advantage Plus.)

Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng Tiếng Nga, Tiếng Trung Giản Thể, Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Trung Phồn Thể và Tiếng Việt. Thông tin này được cung cấp ở định dạng khác, bao gồm chữ nổi braille, chữ in khổ lớn và định dạng âm thanh. Vui lòng gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng (số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này) nếu quý vị cần thông tin về chương trình bằng định dạng khác.

Các quyền lợi, phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 Tháng Một, 2025.

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

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

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

H5859_CO2024EOC_C

Chứng từ Bảo hiểm 2024

Mục Lục

CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách là hội viên	5
PHẦN 1	Giới thiệu..... 6
PHẦN 2	Yếu tố nào giúp quý vị đủ điều kiện trở thành hội viên của chương trình? 8
PHẦN 3	Các tài liệu hội viên quan trọng quý vị sẽ nhận được 10
PHẦN 4	Chi phí hàng tháng của quý vị cho CareOregon Advantage Plus 12
PHẦN 5	Thêm thông tin về phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị 15
PHẦN 6	Cập nhật hồ sơ hội viên chương trình của quý vị..... 16
PHẦN 7	Cách thức bảo hiểm khác hợp tác với chương trình của chúng tôi..... 17
CHƯƠNG 2: Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng	19
PHẦN 1	Thông tin liên hệ của CareOregon Advantage Plus (cách liên hệ với chúng tôi, bao gồm cách liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng) 20
PHẦN 2	Medicare (cách nhận trợ giúp và thông tin trực tiếp từ chương trình Federal Medicare (Medicare Liên bang)) 27
PHẦN 3	State Health Insurance Assistance Program (trợ giúp, thông tin và giải đáp miễn phí cho các thắc mắc của quý vị về Medicare) 29
PHẦN 4	Quality Improvement Organization 30
PHẦN 5	An sinh Xã hội 31
PHẦN 6	Oregon Health Plan (Medicaid) 32
PHẦN 7	Thông tin về các chương trình hỗ trợ mọi người chi trả tiền thuốc theo toa 35
PHẦN 8	Cách liên hệ với Railroad Retirement Board 36
PHẦN 9	Quý vị có “bảo hiểm nhóm” hoặc bảo hiểm y tế khác từ chủ lao động không?... 37
CHƯƠNG 3: Sử dụng chương trình cho các dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị	38
PHẦN 1	Những điều cần biết về việc nhận dịch vụ chăm sóc y tế với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi 39
PHẦN 2	Sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị..... 41
PHẦN 3	Cách nhận dịch vụ khi quý vị gặp trường hợp cấp cứu hoặc có nhu cầu chăm sóc khẩn cấp hoặc khi xảy ra thảm họa 45
PHẦN 4	Sẽ thế nào nếu quý vị được gửi hóa đơn trực tiếp toàn bộ chi phí dịch vụ của mình? 48

Mục Lục

PHẦN 5	Các dịch vụ y tế của QUÝ VỊ được đài thọ như thế nào khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng?	49
PHẦN 6	Các quy tắc để được chăm sóc tại tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế.....	51
PHẦN 7	Quy định về quyền sở hữu trang thiết bị y tế lâu bền	52
CHƯƠNG 4: Bảng Quyền lợi Y tế (những mục được đài thọ)		54
PHẦN 1	Hiểu về các dịch vụ được đài thọ.....	55
PHẦN 2	Sử dụng Bảng Quyền lợi Y tế để tìm những gì được đài thọ.....	55
PHẦN 3	Những dịch vụ nào được đài thọ bên ngoài CareOregon Advantage Plus?.....	108
PHẦN 4	Những dịch vụ nào không được chương trình đài thọ?.....	109
CHƯƠNG 5: Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho thuốc theo toa Phần D.....		113
PHẦN 1	Giới thiệu.....	114
PHẦN 2	Mua thuốc theo toa của quý vị tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc thông qua dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình	115
PHẦN 3	Thuốc của quý vị phải có trong “Danh sách Thuốc” của chương trình.....	119
PHẦN 4	Có những hạn chế về bảo hiểm đối với một số loại thuốc.....	121
PHẦN 5	Điều gì sẽ xảy ra nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được đài thọ theo cách quý vị mong muốn?.....	123
PHẦN 6	Điều gì sẽ xảy ra nếu bảo hiểm của quý vị thay đổi đối với một trong các loại thuốc của quý vị?	125
PHẦN 7	Những loại thuốc nào không được chương trình đài thọ?	128
PHẦN 8	Mua thêm thuốc.....	129
PHẦN 9	Bảo hiểm thuốc Phần D trong các tình huống đặc biệt.....	130
PHẦN 10	Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc	131
CHƯƠNG 6: Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa Phần D		135
PHẦN 1	Giới thiệu.....	136
PHẦN 2	Số tiền quý vị thanh toán cho một loại thuốc tùy thuộc vào giai đoạn thanh toán thuốc của quý vị vào thời điểm nhận thuốc	139
PHẦN 3	Chúng tôi gửi cho quý vị báo cáo giải thích các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị và về việc quý vị đang ở giai đoạn thanh toán nào	139
PHẦN 4	Trong Giai đoạn Khấu trừ, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc Bậc 1-4.....	141
PHẦN 5	Trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, chương trình sẽ thanh toán một phần chi phí thuốc của quý vị và quý vị tự thanh toán phần chi phí của mình.....	142

Mục Lục

PHẦN 6	Không có khoảng cách bảo hiểm nào đối với CareOregon Advantage Plus	147
PHẦN 7	Trong Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương, chương trình sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cho các loại thuốc Phần D được đài thọ của quý vị.....	147
PHẦN 8	Vắc xin Phần D. Số tiền quý vị phải thanh toán phụ thuộc vào cách thức và địa điểm quý vị nhận vắc xin.....	147
CHƯƠNG 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được đài thọ		150
PHẦN 1	Các trường hợp quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ.....	151
PHẦN 2	Cách yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được	154
PHẦN 3	Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và đồng ý hoặc từ chối...	155
CHƯƠNG 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị		156
PHẦN 1	Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng quyền và sự nhạy cảm về văn hóa của quý vị với tư cách là hội viên của chương trình	157
PHẦN 2	Quý vị có một số trách nhiệm với tư cách là hội viên của chương trình	168
CHƯƠNG 9: Điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)		170
PHẦN 1	Giới thiệu.....	171
PHẦN 2	Nơi nhận thêm thông tin và hỗ trợ cá nhân hóa.....	172
PHẦN 3	Để giải quyết vấn đề của mình, quý vị nên sử dụng quy trình nào?.....	172
PHẦN 4	Xử lý các vấn đề liên quan đến quyền lợi Medicare của quý vị.....	173
PHẦN 5	Hướng dẫn cơ bản về quyết định bảo hiểm và kháng nghị.....	174
PHẦN 6	Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị một quyết định bảo hiểm	178
PHẦN 7	Thuốc theo toa Phần D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị.....	187
PHẦN 8	Cách yêu cầu chúng tôi đài thọ thời gian nằm viện nội trú dài hơn nếu quý vị cho rằng mình sắp được xuất viện quá sớm.....	198
PHẦN 9	Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của mình sắp kết thúc quá sớm	206
PHẦN 10	Kháng nghị Cấp 3 trở lên.....	213
PHẦN 11	Cách khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các mối quan ngại khác	216
PHẦN 12	Xử lý các vấn đề về quyền lợi Medicaid của quý vị	220

CHƯƠNG 10: Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình	223
PHẦN 1	Giới thiệu về việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi..... 224
PHẦN 2	Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi? 224
PHẦN 3	Làm thế nào để quý vị kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi? 228
PHẦN 4	Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt, quý vị phải tiếp tục nhận các vật phẩm y tế, dịch vụ và thuốc thông qua chương trình của chúng tôi..... 230
PHẦN 5	CareOregon Advantage Plus phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình trong những trường hợp nhất định..... 230
CHƯƠNG 11: Thông báo pháp lý	233
PHẦN 1	Thông báo về luật áp dụng 234
PHẦN 2	Thông báo về việc không phân biệt đối xử 234
PHẦN 3	Thông báo về quyền đại diện của Bên thanh toán Thứ cấp Medicare 234
CHƯƠNG 12: Định nghĩa các từ ngữ quan trọng	235

CHƯƠNG 1:

Bắt đầu với tư cách là hội viên

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1	Quý vị đã ghi danh tham gia CareOregon Advantage Plus, đây là một chương trình Medicare Advantage Plan chuyên biệt (Special Needs Plan)
-----------------	--

Quý vị được cả Medicare và Medicaid đài thọ:

- **Medicare** là chương trình bảo hiểm y tế Liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị một số khuyết tật nhất định và những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận).
- **Oregon Health Plan (Medicaid)** là một chương trình chung của chính phủ Liên bang và tiểu bang nhằm hỗ trợ chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Bảo hiểm Medicaid có thay đổi dựa trên tình trạng và loại Medicaid mà quý vị có. Một số cá nhân có Medicaid được hỗ trợ chi trả phí bảo hiểm Medicare cùng các chi phí khác. Những cá nhân khác cũng nhận được bảo hiểm cho các thuốc và dịch vụ bổ sung mà Medicare không đài thọ.

Quý vị đã lựa chọn nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe Medicare và bảo hiểm thuốc theo toa của mình thông qua chương trình của chúng tôi, CareOregon Advantage Plus. Chúng tôi được yêu cầu đài thọ tất cả các dịch vụ Phần A và Phần B. Tuy nhiên, chia sẻ chi phí và sự tiếp cận nhà cung cấp trong chương trình này khác với Original Medicare.

CareOregon Advantage Plus là một Medicare Advantage Plan chuyên biệt (Medicare Special Needs Plan (Chương trình Nhu cầu Đặc biệt của Medicare)), có nghĩa là các quyền lợi của chương trình này được thiết kế dành cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. CareOregon Advantage Plus được thiết kế dành cho những người có Medicare và cả những người có quyền nhận sự hỗ trợ từ Medicaid.

Vì quý vị nhận sự hỗ trợ từ Medicaid với phần chia sẻ chi phí Medicare Phần A và B (khoản khấu trừ, khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm), quý vị có thể không phải chi trả bất kỳ khoản gì cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe Medicare của quý vị. Medicaid cũng cung cấp các quyền lợi khác cho quý vị bằng cách đài thọ các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà thông thường Medicare không đài thọ. Quý vị cũng sẽ nhận được “Hỗ trợ Bổ sung” từ Medicare để chi trả các chi phí của thuốc theo toa Medicare. CareOregon Advantage Plus sẽ giúp quản lý tất cả những quyền lợi này cho quý vị, để quý vị nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ chi trả mà quý vị có quyền được hưởng.

CareOregon Advantage Plus được điều hành bởi một tổ chức phi lợi nhuận. Giống như tất cả các Medicare Advantage Plans, Medicare Special Needs Plan này được Medicare phê duyệt. Chương trình cũng có hợp đồng với chương trình Oregon Medicaid để điều phối kết hợp các

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

quyền lợi Medicaid của quý vị. Chúng tôi rất vinh dự được cung cấp bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Medicare của quý vị, bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa.

Bảo hiểm theo Chương trình này Đủ tư cách là Qualifying Health Coverage (QHC, Bảo hiểm Y tế Đủ điều) và đáp ứng yêu cầu về trách nhiệm chung của cá nhân trong Patient Protection and Affordable Care Act (ACA, Đạo luật Bảo vệ Bệnh nhân và Chăm sóc Giá cả phải chăng). Vui lòng truy cập trang mạng của Internal Revenue Service (IRS, Tổng vụ Thu thuế Quốc gia) tại địa chỉ: irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families để biết thêm thông tin.

Phần 1.2 Tài liệu Chứng từ Bảo hiểm có nội dung gì?

Tài liệu *Chứng từ Bảo hiểm* cho quý vị biết cách nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe Medicare và thuốc theo toa của quý vị. Tài liệu này giải thích các quyền và nghĩa vụ của quý vị, những phần được đài thọ, những phần quý vị phải trả với tư cách là hội viên của chương trình, và cách nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không hài lòng với một quyết định hoặc cách điều trị.

Từ bảo hiểm và dịch vụ được đài thọ đề cập đến các dịch vụ và chăm sóc y tế cũng như các loại thuốc theo toa có sẵn cho quý vị với tư cách là hội viên của CareOregon Advantage Plus.

Điều quan trọng là quý vị phải tìm hiểu về các quy tắc của chương trình và những dịch vụ có sẵn dành cho quý vị. Chúng tôi khuyến khích quý vị dành thời gian để xem tài liệu *Chứng từ Bảo hiểm* này.

Nếu quý vị cảm thấy khó hiểu, có quan ngại hoặc thậm chí chỉ là một thắc mắc, hãy liên hệ tới ban Dịch vụ Khách hàng.

Phần 1.3 Thông tin pháp lý về Chứng từ Bảo hiểm

Chứng từ Bảo hiểm này thuộc về hợp đồng của chúng tôi với quý vị liên quan đến cách thức CareOregon Advantage Plus đài thọ dịch vụ chăm sóc của quý vị. Hợp đồng này, ở các phần khác, có bao gồm biểu mẫu ghi danh của quý vị, *Danh sách Thuốc Được Đài thọ (Danh mục thuốc)*, và bất kỳ thông báo nào quý vị nhận được từ chúng tôi về những thay đổi đối với bảo hiểm hoặc các điều kiện ảnh hưởng đến bảo hiểm của quý vị. Các thông báo này đôi khi được gọi là *điều khoản bổ sung* hoặc *sửa đổi*.

Hợp đồng có hiệu lực trong các tháng quý vị ghi danh tham gia CareOregon Advantage Plus, trong khung thời gian từ ngày 1 Tháng Một, 2024 đến ngày 31 Tháng Mười Hai, 2024.

Với mỗi năm theo lịch, Medicare cho phép chúng tôi thực hiện thay đổi đối với các chương trình mà chúng tôi cung cấp. Điều này có nghĩa là chúng tôi có thể thay đổi chi phí và quyền lợi của CareOregon Advantage Plus sau ngày 31 Tháng Mười Hai, 2024. Chúng tôi cũng có thể quyết định dừng cung cấp chương trình trong khu vực dịch vụ của quý vị, hoặc quyết định cung cấp chương trình ở một khu vực dịch vụ khác, sau ngày 31 Tháng Mười Hai, 2024.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services (Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid)) phải phê duyệt CareOregon Advantage Plus hàng năm. Mỗi năm, quý vị có thể tiếp tục nhận bảo hiểm Medicare với tư cách là hội viên của chương trình của chúng tôi, miễn là chúng tôi tiếp tục cung cấp chương trình và Medicare gia hạn phê duyệt cho chương trình.

PHẦN 2 Yếu tố nào giúp quý vị đủ điều kiện trở thành hội viên của chương trình?**Phần 2.1 Yêu cầu hội đủ điều kiện của quý vị**

Quý vị có đủ điều kiện nhận tư cách hội viên của chương trình của chúng tôi, với điều kiện là:

- Quý vị có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B
- – và – Quý vị sinh sống trong khu vực dịch vụ địa lý của chúng tôi (Phần 2.3 bên dưới có mô tả khu vực dịch vụ của chúng tôi). Những cá nhân bị giam giữ không được coi là sinh sống trong khu vực dịch vụ địa lý, ngay cả khi họ thực sự sống ở khu vực đó.
- – và – quý vị là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ
- – và – Quý vị đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện đặc biệt được mô tả dưới đây.

Yêu cầu hội đủ điều kiện đặc biệt đối với chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi được thiết kế để đáp ứng nhu cầu của những người nhận được một số quyền lợi Medicaid. (Medicaid là chương trình chung của chính phủ Liên bang và tiểu bang giúp chi trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế.) Để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải đủ điều kiện nhận Quyền lợi Medicare và Medicaid Đầy đủ.

Xin lưu ý: Nếu quý vị mất khả năng hội đủ điều kiện nhưng được dự kiến hợp lý là sẽ lấy lại tính đủ điều kiện trong vòng hai tháng, thì quý vị vẫn đủ điều kiện trở thành hội viên trong chương trình của chúng tôi (Chương 4, Phần 2.1 cho quý vị biết về bảo hiểm và chia sẻ chi phí trong khoảng thời gian được coi là tiếp tục hội đủ điều kiện).

Phần 2.2 Oregon Health Plan (Medicaid) là gì?

Oregon Health Plan (Medicaid) là một chương trình chung của chính phủ Liên bang và tiểu bang giúp chi trả chi phí chăm sóc lâu dài và chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Mỗi tiểu bang tự quyết định những gì được coi là thu nhập và nguồn lực, ai đủ điều kiện, những dịch vụ nào được đài thọ và chi phí cho các dịch vụ. Các tiểu bang cũng có thể quyết định cách thực hiện chương trình của mình, miễn là tuân theo các hướng dẫn Liên bang.

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

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB+, Người thụ hưởng Medicare Đủ tiêu chuẩn):** Hỗ trợ chi trả phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B, cũng như các khoản chia sẻ chi phí khác (như khoản khấu trừ, khoản đồng bảo hiểm và khoản đồng thanh toán) cho những người cũng đủ điều kiện nhận toàn bộ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid).
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB+, Người thụ hưởng Medicare Có Thu nhập thấp Được Chỉ định):** Hỗ trợ chi trả phí bảo hiểm Phần B cho những người cũng đủ điều kiện nhận toàn bộ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid).

Phần 2.3

Đây là khu vực dịch vụ chương trình của CareOregon Advantage Plus

CareOregon Advantage Plus chỉ được cung cấp cho các cá nhân sinh sống tại khu vực dịch vụ chương trình của chúng tôi. Để duy trì tư cách hội viên của chương trình của chúng tôi, quý vị phải tiếp tục cư trú trong khu vực dịch vụ chương trình. Khu vực dịch vụ được mô tả bên dưới.

Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau đây thuộc Oregon: Clackamas, Columbia, Jackson, Multnomah, Tillamook, và Washington.

Nếu quý vị có kế hoạch di chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ, quý vị không thể tiếp tục làm hội viên của chương trình này. Vui lòng liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng để xem liệu chúng tôi có chương trình nào ở khu vực mới của quý vị hay không. Khi chuyển đi, quý vị sẽ có Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt, cho phép quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc ghi danh tham gia chương trình sức khỏe hoặc thuốc Medicare hiện có ở địa điểm mới của quý vị.

Điều quan trọng nữa là quý vị phải gọi cho Sở An sinh Xã hội nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư của mình. Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên hệ của An Sinh Xã Hội ở Chương 2, Phần 5.

Phần 2.4

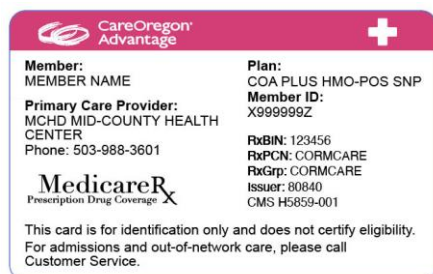
Công dân Hoa Kỳ hoặc Hiện diện Hợp pháp

Hội viên của chương trình chăm sóc sức khỏe Medicare phải là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ. Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) sẽ thông báo tới CareOregon Advantage Plus nếu quý vị không đủ điều kiện để tiếp tục là hội viên trên cơ sở này. CareOregon Advantage Plus phải hủy ghi danh nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

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

Phần 3.1 Thẻ hội viên chương trình của quý vị

Khi là hội viên của chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng thẻ hội viên của mình bất cứ khi nào quý vị nhận các dịch vụ mà chương trình này đài thọ và thuốc theo toa mà quý vị mua tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị cũng cần xuất trình thẻ Medicaid của mình cho nhà cung cấp. Đây là mẫu thẻ hội viên để giúp quý vị biết hình thức bên ngoài của tấm thẻ:



KHÔNG sử dụng thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh dương của quý vị cho các dịch vụ y tế được đài thọ khi quý vị là hội viên của chương trình này. Nếu quý vị sử dụng thẻ Medicare thay vì thẻ hội viên CareOregon Advantage Plus, quý vị có thể phải tự mình chi trả toàn bộ chi phí dịch vụ y tế. Hãy giữ thẻ Medicare của quý vị ở nơi an toàn. Quý vị có thể được yêu cầu xuất trình thẻ nếu quý vị cần các dịch vụ của bệnh viện, dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc tham gia vào các nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt, còn gọi là thử nghiệm lâm sàng.

Nếu thẻ hội viên chương trình của quý vị bị hư hỏng, làm mất hoặc bị lấy cắp, hãy gọi ngay cho ban Dịch vụ Khách hàng và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ mới.

Phần 3.2 Danh mục Nhà cung cấp

Danh mục Nhà cung cấp liệt kê các nhà cung cấp hiện có trong mạng lưới của chúng tôi. **Nhà cung cấp trong mạng lưới** là các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y tế, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có thỏa thuận với chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi và chấp nhận mọi khoản chia sẻ chi phí chương trình như là khoản thanh toán đầy đủ.

Quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận được dịch vụ và chăm sóc y tế. Nếu quý vị đến một địa điểm khác mà không có sự ủy quyền thích hợp, quý vị sẽ phải chi trả toàn bộ. Các trường hợp ngoại lệ duy nhất là các trường hợp khẩn cấp, các dịch vụ cần thiết khẩn cấp khi mạng lưới không có sẵn (nghĩa là trong các tình huống không thể sử dụng các dịch vụ trong mạng lưới), các dịch vụ lọc máu ngoài khu vực, và các trường hợp trong đó CareOregon Advantage Plus cho phép sử dụng các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

CareOregon Advantage Plus có quyền lợi Point-of-Service (POS, Điểm Dịch vụ) cho phép quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ các Primary Care Physician (PCP, Bác sĩ Chăm sóc Chính) và bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới, trong một số điều kiện nhất định. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem “Quyền lợi POS” (Chương 4, phần 2.1).

Danh sách mới nhất về các nhà cung cấp và nhà cung cấp Thiết bị Y tế Lâu bền có trên trang mạng của chúng tôi tại careoregonadvantage.org/providersearch.

Nếu quý vị không có bản sao của *Danh mục Nhà cung cấp*, quý vị có thể yêu cầu một bản sao (bản điện tử hoặc ở dạng bản cứng) từ ban Dịch vụ Khách hàng. Yêu cầu bản cứng của Danh mục Nhà cung cấp sẽ được gửi đến quý vị trong vòng ba ngày làm việc.

Phần 3.3 Danh mục Nhà thuốc

Danh mục nhà thuốc liệt kê các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. **Danh mục nhà thuốc** là tất cả các nhà thuốc đã đồng ý cung cấp thuốc theo toa được bảo hiểm cho các hội viên chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể sử dụng *Danh mục Nhà thuốc* để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị mong muốn sử dụng. Xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thông tin về thời điểm quý vị có thể sử dụng các nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình.

Nếu quý vị không có *Danh mục Nhà thuốc*, quý vị có thể nhận một bản sao từ ban Dịch vụ Khách hàng. Quý vị cũng có thể tìm thông tin này trên trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ careoregonadvantage.org/pharmacy. Quý vị cũng có thể gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng để biết thông tin cập nhật về nhà cung cấp hoặc yêu cầu chúng tôi gửi tới quý vị một *Danh mục Nhà thuốc* qua đường bưu điện. **Vui lòng xem Danh mục Nhà thuốc 2024 để biết những nhà thuốc nằm trong mạng lưới của chúng tôi.**

Phần 3.4 Danh sách Thuốc Được Đòi thọ của chương trình (Danh mục thuốc)

Chương trình có một *Danh sách Thuốc Được Đòi thọ (Danh mục thuốc)*. Chúng tôi gọi tắt là “Danh sách Thuốc”. Danh sách này cho biết những thuốc theo toa Phần D nào được đòi thọ theo quyền lợi Phần D có trong CareOregon Advantage Plus. Các loại thuốc trong danh sách này được chương trình lựa chọn với sự trợ giúp của đội ngũ bác sĩ và dược sĩ. Danh sách này phải đáp ứng các yêu cầu do Medicare đặt ra. Medicare đã phê duyệt “Danh sách Thuốc” CareOregon Advantage Plus.

“Danh sách Thuốc” cũng cho quý vị biết liệu có bất kỳ quy định nào hạn chế việc chi trả cho thuốc của quý vị hay không.

Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị một bản sao của “Danh sách Thuốc.” “Danh sách Thuốc” chúng tôi cung cấp cho quý vị bao gồm thông tin về các loại thuốc được đòi thọ mà các hội viên của chúng tôi sử dụng nhiều nhất. Tuy nhiên, chúng tôi cũng đòi thọ các loại thuốc bổ sung không nằm trong “Danh sách Thuốc” được cung cấp. Nếu một trong các loại thuốc quý vị dùng không

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

được liệt kê trong “Danh sách Thuốc”, quý vị nên truy cập trang mạng của chúng tôi hoặc liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng để tìm hiểu xem chúng tôi có đài thọ cho loại thuốc đó hay không. Để có được thông tin đầy đủ và cập nhật nhất về những loại thuốc được đài thọ, quý vị có thể truy cập trang mạng của chương trình (careoregonadvantage.org/druglist) hoặc gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng.

PHẦN 4 Chi phí hàng tháng của quý vị cho CareOregon Advantage Plus

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

- Phí bảo hiểm Chương trình (Phần 4.1)
- Phí bảo hiểm Medicare Phần B Hàng tháng (Phần 4.2)
- Phạt Ghi danh Muộn Phần D (Phần 4.3)
- Số tiền được Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập (Phần 4.4)

Trong một số trường hợp, phí bảo hiểm chương trình của quý vị có thể ít hơn

Có các chương trình hỗ trợ những người có nguồn lực hạn chế trong việc chi trả cho thuốc của họ. Trong đó có “Trợ giúp Bổ sung” và State Pharmaceutical Assistance Programs (Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm Tiểu bang). Chương 2, Phần 7 sẽ trình bày thêm về các chương trình này. Nếu quý vị đủ điều kiện, việc ghi danh tham gia chương trình có thể giúp giảm phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị.

Nếu quý vị *đã ghi danh* và được một trong những chương trình này hỗ trợ, **thông tin về phí bảo hiểm trong Chứng từ Bảo hiểm này có thể không được áp dụng đối với quý vị**. Chúng tôi đã gửi cho quý vị một trang phụ tách rời, gọi là *Điều khoản bổ sung của Chứng từ Bảo hiểm dành cho những Người Nhận Trợ giúp Bổ sung trong việc Chi trả Thuốc theo toa* (cũng được biết đến là Low-Income Subsidy Rider (Điều khoản bổ sung của Trợ cấp cho Người có Thu nhập Thấp hoặc LIS Rider), cung cấp thông tin cho quý vị về bảo hiểm thuốc. Nếu quý vị không có trang phụ này, vui lòng gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng và yêu cầu Điều khoản bổ sung LIS.

Phí bảo hiểm Medicare Phần B và Phần D là khác nhau đối với những người có thu nhập khác nhau. Nếu quý vị có thắc mắc về những khoản phí bảo hiểm này, hãy xem lại bản sao của Cẩm nang *Medicare & You 2024* (Medicare & Quý vị 2024), phần có tên là *2024 Medicare Costs* (Chi phí Medicare 2024) Nếu quý vị cần một bản sao, vui lòng tải xuống từ trang mạng của Medicare ([medicare.gov](https://www.medicare.gov)). Hoặc, quý vị có thể đặt một bản in qua điện thoại theo số 800-MEDICARE (800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY xin gọi số 877-486-2048.

Phần 4.1 Phí bảo hiểm Chương trình

Quý vị không cần chi trả phí bảo hiểm chương trình hàng tháng riêng cho CareOregon Advantage Plus.

Phần 4.2 Phí bảo hiểm Medicare Phần B Hàng tháng

Nhiều hội viên phải chi trả các khoản phí bảo hiểm Medicare khác

Một số hội viên phải trả các khoản phí bảo hiểm Medicare khác. Như đã giải thích trong Phần 2 ở trên, để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải duy trì khả năng hội đủ điều kiện nhận Medicaid cũng như có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B. Đối với hầu hết các hội viên CareOregon Advantage Plus, Medicaid sẽ chi trả phí bảo hiểm Phần A (nếu quý vị không tự động đủ điều kiện nhận) và phí bảo hiểm Phần B của quý vị.

Nếu Oregon Health Plan (Medicaid) hiện đang không chi trả phí bảo hiểm Medicare cho quý vị, quý vị phải tiếp tục chi trả phí bảo hiểm Medicare để duy trì tư cách hội viên của chương trình.

Phí này bao gồm phí bảo hiểm cho Phần B của quý vị. Phí cũng có thể bao gồm phí bảo hiểm cho Phần A, điều này các hội viên không đủ điều kiện nhận Phần A miễn phí cần chú ý.

Phần 4.3 Phạt Ghi danh Muộn Phần D

Vì quý vị đủ điều kiện kép, nên khoản Late Enrollment Penalty (LEP, Phạt Ghi danh Muộn) không áp dụng cho quý vị nếu quý vị vẫn duy trì trạng thái đủ điều kiện kép. Tuy nhiên, nếu quý vị mất trạng thái đủ điều kiện kép, quý vị có thể phải chịu LEP. Phạt ghi danh muộn Phần D là phí bảo hiểm bổ sung phải được chi trả cho bảo hiểm Phần D, nếu vào bất kỳ thời điểm nào sau khi thời hạn ghi danh ban đầu của quý vị kết thúc, có xuất hiện khoảng thời gian từ 63 ngày trở lên liên tiếp mà quý vị không có Phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy khác. Bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy là bảo hiểm đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu của Medicare khi dự kiến chi trả trung bình ít nhất bằng mức bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare. Tiền phạt ghi danh muộn tùy thuộc vào thời gian quý vị không có Phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy khác. Quý vị sẽ phải nộp khoản tiền phạt này trong thời gian quý vị có bảo hiểm Phần D.

Quý vị **sẽ không** phải nộp tiền phạt nếu:

- Quý vị nhận “Trợ giúp Bổ sung” từ Medicare để chi trả cho thuốc theo toa của mình.
- Quý vị đã có dưới 63 ngày liên tiếp không có bảo hiểm đáng tin cậy.
- Quý vị đã có bảo hiểm thuốc đáng tin cậy thông qua một nguồn khác chẳng hạn như chủ lao động cũ, công đoàn, TRICARE hoặc Department of Veterans Affairs (Bộ Cựu Chiến binh). Công ty bảo hiểm hoặc bộ phận nhân sự của quý vị sẽ thông báo hàng năm cho quý vị biết liệu bảo hiểm thuốc của quý vị có phải là bảo hiểm đáng tin cậy hay không. Thông tin này có thể được gửi cho quý vị qua thư hoặc được đính kèm trong bản tin từ chương trình. Hãy giữ thông tin này, vì quý vị có thể cần nếu sau này quý vị tham gia chương trình thuốc Medicare.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

- **Lưu ý:** Mọi thông báo đều phải nêu rõ rằng quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy và dự kiến sẽ chi trả bằng với mức chương trình thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare chi trả.
- **Lưu ý:** Các đối tượng sau đây không phải là bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy: thẻ giảm giá thuốc theo toa, phòng khám miễn phí, và trang mạng giảm giá thuốc.

Medicare quyết định số tiền phạt. Dưới đây là quy chế quyết định:

- Trước tiên, hãy đếm số tháng đầy đủ mà quý vị đã hoãn đăng ký tham gia chương trình thuốc Medicare trong cả tháng đó, tính từ sau khi quý vị đủ điều kiện đăng ký. Hoặc đếm số tháng đầy đủ mà quý vị không có bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy trong cả tháng đó, nếu thời gian ngừng bảo hiểm là 63 ngày trở lên. Tiền phạt là 1% cho mỗi tháng quý vị không có bảo hiểm đáng tin cậy. Ví dụ, nếu quý vị không có bảo hiểm trong 14 tháng, mức phạt sẽ là 14%.
- Sau đó, Medicare xác định phí bảo hiểm trung bình hàng tháng cho các chương trình thuốc Medicare trên toàn quốc từ năm trước. Đối với năm 2023, số tiền bảo hiểm trung bình này là \$32.74. Số tiền này có thể thay đổi vào năm 2024.
- Để tính tiền phạt hàng tháng, quý vị nhân tỷ lệ phần trăm tiền phạt với phí bảo hiểm trung bình hàng tháng rồi làm tròn đến 10 xu gần nhất. Trong ví dụ ở đây, số tiền phạt sẽ là 14% nhân \$32.74, bằng \$4.58. Con số này được làm tròn thành \$4.60. Số tiền này sẽ được thêm vào **phí bảo hiểm hàng tháng đối với người bị phạt ghi danh muộן Phần D**.

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

- Thứ nhất, **tiền phạt có thể thay đổi hàng năm** vì phí bảo hiểm trung bình hàng tháng có thể thay đổi mỗi năm.
- Thứ hai, **quý vị sẽ tiếp tục nộp phạt** hàng tháng trong thời gian quý vị đăng ký vào một chương trình có quyền lợi thuốc Medicare Phần D, ngay cả khi quý vị thay đổi chương trình.
- Thứ ba, nếu quý vị dưới 65 tuổi và hiện đang nhận quyền lợi Medicare, tiền phạt ghi danh muộן Phần D sẽ được thiết lập lại khi quý vị bước sang tuổi 65. Sau tuổi 65, tiền phạt ghi danh muộן Phần D của quý vị sẽ chỉ được tính dựa trên những tháng quý vị không có bảo hiểm sau thời hạn đăng ký đầu tiên vì tuổi gia nhập Medicare.

Nếu không đồng ý với phạt ghi danh muộן Phần D, quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể yêu cầu xem xét lại. Nói chung, quý vị phải yêu cầu xem xét lại **trong vòng 60 ngày** kể từ ngày nhận được lá thư đầu tiên cho biết quý vị phải trả tiền phạt ghi danh muộן. Tuy nhiên,

nếu quý vị đang trả tiền phạt trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể không có cơ hội để yêu cầu xem xét lại khoản tiền phạt ghi danh muộn đó.

Phần 4.4 Số tiền Được Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập

Một số hội viên có thể phải trả một khoản phí bổ sung, được gọi là Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập Phần D, còn được gọi là Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA, Số Tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập). Khoản phí bổ sung được tính bằng cách sử dụng tổng thu nhập đã điều chỉnh được sửa đổi của quý vị, như được báo cáo trên tờ khai thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước. Nếu tổng thu nhập này cao hơn một con số nhất định, quý vị sẽ phải trả tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn và IRMAA bổ sung. Để biết thêm thông tin về số tiền bổ sung mà quý vị có thể phải trả dựa trên thu nhập của mình, hãy truy cập [medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans).

Nếu quý vị phải chi trả số tiền bổ sung, Sở An sinh Xã hội, không phải chương trình Medicare của quý vị, sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho biết số tiền bổ sung này sẽ là bao nhiêu. Số tiền bổ sung sẽ được giữ lại từ chi phiếu quyền lợi An sinh xã hội, Railroad Retirement Board (Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa) hoặc Office of Personnel Management (Văn phòng Quản lý Nhân sự) của quý vị, bất kể quý vị thường chi trả phí bảo hiểm chương trình bằng cách nào, trừ khi phúc lợi hàng tháng của quý vị không đủ để trang trải số tiền bổ sung còn nợ. Nếu chi phiếu quyền lợi của quý vị không đủ để trang trải số tiền bổ sung, quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ Medicare.

Quý vị phải trả số tiền bổ sung cho chính phủ. Số tiền này không thể được thanh toán bằng phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị. Nếu không chi trả số tiền bổ sung, quý vị sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình và mất bảo hiểm thuốc theo toa.

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

PHẦN 5 Thêm thông tin về phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị

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

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

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

Tuy nhiên, trong một số trường hợp, một phần phí bảo hiểm quý vị phải đóng có thể thay đổi trong năm. Việc này xảy ra nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình “Hỗ trợ Bổ sung” hoặc nếu quý vị mất khả năng đủ điều kiện tham gia chương trình “Hỗ trợ Bổ sung” trong năm. Nếu một hội viên đủ điều kiện nhận “Hỗ trợ Bổ sung” cho chi phí thuốc theo toa của họ, chương trình “Hỗ trợ Bổ sung” sẽ thanh toán một phần phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của hội viên. Một hội viên mất khả năng đủ điều kiện trong năm sẽ cần phải bắt đầu chi trả toàn bộ phí bảo hiểm hàng tháng của mình. Quý vị có thể tìm hiểu thêm về chương trình “Hỗ trợ Bổ sung” ở Chương 2, Phần 7.

PHẦN 6 Cập nhật hồ sơ hội viên chương trình của quý vị

Hồ sơ hội viên của quý vị có thông tin từ mẫu đơn ghi danh của quý vị, bao gồm địa chỉ và số điện thoại. Hồ sơ cho thấy bảo hiểm chương trình cụ thể của quý vị, bao gồm cả Primary Care Provider (Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Chính) của quý vị.

Các bác sĩ, bệnh viện, dược sĩ và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình cần có thông tin chính xác về quý vị. **Các nhà cung cấp trong mạng lưới này sử dụng hồ sơ hội viên của quý vị để biết những dịch vụ và loại thuốc nào được đài thọ cũng như khoản chia sẻ chi phí cho quý vị.** Vì vậy, điều quan trọng là quý vị phải giúp chúng tôi cập nhật thông tin của quý vị.

Hãy thông báo cho chúng tôi về những thay đổi sau:

- Thay đổi tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị
- Thay đổi về bất kỳ bảo hiểm y tế nào khác mà quý vị có (chẳng hạn như từ chủ lao động, vợ/chồng của quý vị hoặc chủ lao động của bạn đời quý vị, bồi thường cho người lao động hoặc Medicaid)
- Nếu quý vị có bất kỳ khiếu nại trách nhiệm pháp lý nào, chẳng hạn như khiếu nại về một vụ tai nạn xe hơi
- Nếu quý vị đã được nhận vào viện dưỡng lão
- Nếu quý vị được chăm sóc tại một bệnh viện hoặc phòng cấp cứu ngoài khu vực hoặc ngoài mạng lưới
- Nếu bên chịu trách nhiệm được chỉ định của quý vị (chẳng hạn như người chăm sóc) thay đổi
- Nếu quý vị đang tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải thông báo cho chương trình về các nghiên cứu lâm sàng mà quý vị dự định tham gia, nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị làm điều này)

Nếu bất kỳ thông tin nào ở trên thay đổi, vui lòng cho chúng tôi biết bằng cách gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng (số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này). Quý vị cũng có thể gửi cho

chúng tôi một tin nhắn được bảo mật thông qua cổng thông tin hội viên tại careoregonadvantage.org/memberportal

Điều quan trọng nữa là liên hệ với Sở An sinh Xã hội nếu quý vị di chuyển hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư của mình. Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên hệ của An Sinh Xã Hội ở Chương 2, Phần 5.

Quý vị cũng phải liên hệ với nhân viên phụ trách của Chương trình Medicaid Oregon (Oregon Health Plan) hoặc ban Dịch vụ Khách hàng của Oregon Health Plan và thông báo cho họ về bất kỳ thay đổi nào trong số các thay đổi bên trên. Số điện thoại của Oregon Health Plan có thể tìm thấy ở Chương 2, Phần 6.

PHẦN 7 **Cách thức bảo hiểm khác hợp tác với chương trình của chúng tôi**

Bảo hiểm khác

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

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

Khi quý vị có bảo hiểm khác (như bảo hiểm sức khỏe nhóm của chủ lao động), có những quy tắc do Medicare đặt ra để quyết định xem chương trình của chúng tôi hay bảo hiểm khác của quý vị sẽ thanh toán trước. Bảo hiểm thanh toán trước được gọi là người chi trả chính và chi trả theo giới hạn của bảo hiểm đó. Bên thanh toán thứ hai, được gọi là người chi trả thứ cấp, chỉ chi trả nếu có những chi phí chưa được bảo hiểm chính chi trả. Người chi trả thứ cấp có thể không thanh toán tất cả các chi phí chưa được đài thọ. Nếu quý vị có bảo hiểm khác, hãy thông báo cho bác sĩ, bệnh viện và nhà thuốc của quý vị.

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

- Nếu quý vị có bảo hiểm dành cho người về hưu, Medicare sẽ thanh toán trước.

Chương 1 Bắt đầu với tư cách là hội viên

- Nếu bảo hiểm chương trình sức khỏe nhóm của quý vị dựa trên công việc hiện tại của quý vị hoặc của một thành viên trong gia đình, bên thanh toán trước sẽ tùy thuộc vào độ tuổi của quý vị, số người làm việc cho chủ lao động của quý vị và liệu quý vị có Medicare dựa trên tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc End-Stage Renal Disease (ESRD, Bệnh Thận Giai đoạn Cuối hay không):
 - Nếu quý vị dưới 65 tuổi và bị khuyết tật, và quý vị hoặc thành viên trong gia đình của quý vị vẫn đang đi làm, chương trình sức khỏe nhóm của quý vị sẽ thanh toán trước nếu chủ lao động có 100 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một chủ lao động thuộc một chương trình nhiều chủ lao động với hơn 100 nhân viên.
 - Nếu quý vị trên 65 tuổi và quý vị hoặc vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung của quý vị vẫn đang đi làm, chương trình sức khỏe nhóm của quý vị sẽ thanh toán trước nếu chủ lao động có 20 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một chủ lao động thuộc một chương trình nhiều chủ lao động với hơn 20 nhân viên.
- Nếu quý vị có Medicare vì ESRD, chương trình sức khỏe nhóm của quý vị sẽ thanh toán trước trong 30 tháng đầu tiên sau khi quý vị đủ điều kiện nhận Medicare.

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

- Bảo hiểm không lỗi (bao gồm bảo hiểm xe hơi)
- Trách nhiệm pháp lý (bao gồm bảo hiểm xe hơi)
- Quyền lợi bệnh phổi đen
- Bồi thường cho người lao động

Medicaid và TRICARE không bao giờ thanh toán trước cho các dịch vụ được Medicare đài thọ. Hai bên này chỉ thanh toán sau khi Medicare và/hoặc các chương trình sức khỏe nhóm của chủ lao động đã thanh toán.

CHƯƠNG 2:

Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng

PHẦN 1 Thông tin liên hệ của CareOregon Advantage Plus (cách liên hệ với chúng tôi, bao gồm cách liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng)

Cách liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng của chương trình

Để được hỗ trợ về các khiếu nại, hóa đơn hoặc thắc mắc về thẻ hội viên, vui lòng gọi điện hoặc viết thư cho ban Dịch vụ Khách hàng CareOregon Advantage Plus. Chúng tôi rất vinh dự được hỗ trợ quý vị.

Cách thức	Ban Dịch vụ Khách hàng - Thông tin Liên hệ
GỌI	503-416-4279 hoặc 888-712-3258 Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí. Ngày 1 Tháng Mười-31 Tháng Ba, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, ngày 1 Tháng Tư-30 Tháng Chín, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ban Dịch vụ Khách hàng cũng có dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí. Ngày 1 Tháng Mười-31 Tháng Ba, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, ngày 1 Tháng Tư-30 Tháng Chín, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
FAX	503-416-3723
GỬI THƯ	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 <i>customerservice@careoregon.org</i>
TRANG MẠNG	<i>careoregonadvantage.org</i> Cổng thông tin Hội viên: <i>careoregonadvantage.org/memberportal</i>

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

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

Chương 3 Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

Cách thức	Quyết định Bảo hiểm cho việc Chăm sóc Y tế – Thông tin Liên hệ
GỌI	<p>503-416-4279 hoặc 888-712-3258</p> <p>Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí.</p> <p>Giờ làm việc: Ngày 1 Tháng Mười - 31 Tháng Ba, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, Ngày 1 Tháng Tư - 30 Tháng Chín, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí.</p> <p>Giờ làm việc: Ngày 1 Tháng Mười - 31 Tháng Ba, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, Ngày 1 Tháng Tư - 30 Tháng Chín, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu.</p>
FAX	<p>503-416-3671</p>
GỬI THƯ	<p>315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204</p>

Cách thức	Quyết định Bảo hiểm cho Thuốc Theo toa Phần B và Phần D - Thông tin Liên hệ
GỌI	503-416-4279 hoặc 888-712-3258 Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí. Giờ làm việc: Ngày 1 Tháng Mười - 31 Tháng Ba, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, Ngày 1 Tháng Tư - 30 Tháng Chín, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí. Giờ làm việc: Ngày 1 Tháng Mười - 31 Tháng Ba, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, Ngày 1 Tháng Tư - 30 Tháng Chín, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu.
FAX	Phần B: 503-416-4722 Phần D: 503-416-8109
GỬI THƯ	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
TRANG MẠNG	careoregonadvantage.org/rxinfo

Cách thức	Kháng nghị đối với việc Chăm sóc Y tế - Thông tin Liên hệ
GỌI	<p>503-416-4279 hoặc 888-712-3258</p> <p>Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí.</p> <p>Giờ làm việc: Ngày 1 Tháng Mười-31 Tháng Ba, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, ngày 1 Tháng Tư-30 Tháng Chín, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí.</p> <p>Giờ làm việc: Ngày 1 Tháng Mười-31 Tháng Ba, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, ngày 1 Tháng Tư-30 Tháng Chín, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.</p>
FAX	503-416-8118
GỬI THƯ	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204

Cách thức	Kháng nghị đối với Thuốc Theo toa Phần B và Phần D - Thông tin Liên hệ
GỌI	503-416-4279 hoặc 888-712-3258 Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí. Giờ làm việc: Ngày 1 Tháng Mười-31 Tháng Ba, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, ngày 1 Tháng Tư-30 Tháng Chín, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí. Giờ làm việc: Ngày 1 Tháng Mười-31 Tháng Ba, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, ngày 1 Tháng Tư-30 Tháng Chín, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
FAX	503-416-1428
GỬI THƯ	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
TRANG MẠNG	careoregonadvantage.org/rxinfo

Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị khiếu nại về việc chăm sóc y tế của mình

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

Cách thức	Khiếu nại về Dịch vụ Chăm sóc Y tế và Thuốc Theo toa Phần D - Thông tin Liên hệ
GỌI	503-416-4279 hoặc 888-712-3258 Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí. Giờ làm việc: Ngày 1 Tháng Mười-31 Tháng Ba, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, ngày 1 Tháng Tư-30 Tháng Chín, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí. Giờ làm việc: Ngày 1 Tháng Mười-31 Tháng Ba, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, ngày 1 Tháng Tư-30 Tháng Chín, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
FAX	503-416-1313
GỬI THƯ	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
TRANG MẠNG MEDICARE	Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về CareOregon Advantage Plus trực tiếp tới Medicare. Để nộp đơn khiếu nại trực tiếp tới Medicare, hãy truy cập medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Địa điểm gửi yêu cầu yêu cầu để chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi cho việc chăm sóc y tế hoặc loại thuốc mà quý vị đã nhận

Nếu quý vị đã nhận hóa đơn hoặc đã thanh toán cho các dịch vụ (chẳng hạn như hóa đơn của nhà cung cấp) mà bạ quý vị nghĩ rằng chúng tôi nên thanh toán, quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn tiền hoặc thanh toán hóa đơn cho nhà cung cấp. Xem Chương 7 (*Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần của chúng tôi trong hóa đơn quý vị đã nhận cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được đài thọ*). Chúng tôi chỉ có thể hoàn tiền cho các dịch vụ được Medicare đài thọ, không phải các dịch vụ được Medicaid đài thọ. Nếu yêu cầu hoàn tiền của quý vị được chấp thuận, khoản thanh toán chúng tôi dành cho quý vị sẽ chỉ chi trả số tiền được Medicare cho phép (số tiền chúng tôi thường trả cho nhà cung cấp dịch vụ) và không bao gồm bất kỳ phần nào sẽ được Medicaid đài thọ, chẳng hạn như đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ Medicare.

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

Cách thức	Yêu cầu Thanh toán Phần C - Thông tin Liên hệ
GỌI	503-416-4279 hoặc 888-712-3258 Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí. Giờ làm việc: Ngày 1 Tháng Mười-31 Tháng Ba, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, ngày 1 Tháng Tư-30 Tháng Chín, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ban Dịch vụ Khách hàng cũng có dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
TTY	711 Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí. Giờ làm việc: Ngày 1 Tháng Mười-31 Tháng Ba, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, ngày 1 Tháng Tư-30 Tháng Chín, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
FAX	503-416-8115
GỬI THƯ	Attn: DMR – Claims Department, 315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
TRANG MẠNG	careoregonadvantage.org

Cách thức	Yêu cầu Thanh toán Phần D - Thông tin Liên hệ
GỌI	503-416-4279 hoặc 888-712-3258 Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí. Giờ làm việc: Ngày 1 Tháng Mười-31 Tháng Ba, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, Ngày 1 Tháng Tư-30 Tháng Chín, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ban Dịch vụ Khách hàng cũng có dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
GỬI THƯ	Attn: Pharmacy Department – 315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
TRANG MẠNG	careoregonadvantage.org/rxreimbursement

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

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

Cơ quan Liên bang phụ trách Medicare là Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (đôi khi được gọi là CMS). Cơ quan này ký hợp đồng với các tổ chức Medicare Advantage, bao gồm cả chúng tôi.

Cách thức	Medicare – Thông tin Liên hệ
GỌI	800-MEDICARE, hoặc 800-633-4227 Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần.
TTY	877-486-2048 Số máy này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí.

Cách thức	Medicare – Thông tin Liên hệ
TRANG MẠNG	<p>Medicare.gov</p> <p>Đây là trang mạng chính thức của chính phủ dành cho Medicare. Trang web này cung cấp cho quý vị thông tin cập nhật về Medicare và các vấn đề hiện tại của Medicare. Trang web cũng có thông tin về các bệnh viện, viện dưỡng lão, bác sĩ, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà và cơ sở lọc máu. Trang bao gồm các tài liệu quý vị có thể in trực tiếp từ máy tính của mình. Quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin liên hệ Medicare ở tiểu bang của mình.</p> <p>Trang web Medicare cũng có thông tin chi tiết về khả năng hội đủ điều kiện tham gia Medicare và các lựa chọn ghi danh của quý vị với các công cụ như sau:</p> <ul style="list-style-type: none">• Công cụ Khả năng hội đủ điều kiện của Medicare: Cung cấp thông tin về tình trạng hội đủ điều kiện của Medicare.• Công cụ Tìm kiếm Chương trình Medicare: Cung cấp thông tin được cá nhân hóa về các chương trình thuốc theo toa Medicare, chương trình chăm sóc sức khỏe Medicare và các chính sách Medigap (Medicare Supplement Insurance (Bảo hiểm Bổ sung Medicare)) hiện có trong khu vực của quý vị. Những công cụ này cung cấp <i>ước tính</i> chi phí tự trả của quý vị trong các chương trình Medicare khác nhau.
TRANG MẠNG (tiếp)	<p>Quý vị cũng có thể sử dụng trang mạng để thông báo cho Medicare về bất kỳ khiếu nại nào của mình đối với CareOregon Advantage Plus</p> <ul style="list-style-type: none">• Thông báo cho Medicare khiếu nại của quý vị: Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về CareOregon Advantage Plus trực tiếp tới Medicare. Để nộp đơn khiếu nại trực tiếp tới Medicare, truy cập <i>medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</i>. Medicare xem xét nghiêm túc các khiếu nại của quý vị và sẽ sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng của chương trình Medicare. <p>Nếu quý vị không có máy tính, thư viện địa phương hoặc trung tâm người cao niên có thể giúp quý vị truy cập trang mạng này bằng máy tính. Hoặc, quý vị có thể gọi tới Medicare và cho họ biết quý vị đang tìm kiếm thông tin gì. Họ sẽ tìm thông tin trên website và cùng quý vị xem xét thông tin. (Quý vị có thể gọi tới Medicare theo số 800-MEDICARE (800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 877-486-2048.)</p>

PHẦN 3 **State Health Insurance Assistance Program**

(trợ giúp, thông tin và giải đáp miễn phí cho các thắc mắc của quý vị về Medicare)

The State Health Insurance Assistance Program (SHIP, Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang) là một chương trình của chính phủ với các tư vấn viên được đào tạo ở mọi tiểu bang. Tại Oregon, SHIP được gọi là Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA, Hỗ trợ Quyền lợi Bảo hiểm Y tế Người cao niên).

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

Tư vấn viên của SHIBA có thể giúp quý vị hiểu về các quyền Medicare của mình, giúp quý vị khiếu nại về việc chăm sóc hoặc điều trị y tế của mình, và giúp quý vị giải quyết các vấn đề với hóa đơn Medicare của bản thân. Các tư vấn viên của SHIBA cũng có thể giúp quý vị giải đáp các thắc mắc hoặc giải quyết vấn đề về Medicare, và giúp quý vị hiểu các lựa chọn chương trình Medicare của mình cũng như giải đáp các câu hỏi về việc chuyển đổi chương trình.

CÁCH THỨC LIÊN HỆ VỚI SHIP và CÁC NGUỒN LỰC KHÁC:

- Truy cập ***shiphelp.org*** (Nhấp vào SHIP LOCATOR (HỆ THỐNG ĐỊNH VỊ SHIP) ở giữa trang)
- Lựa chọn **TIỂU BANG** của quý vị trong danh sách. Quý vị sẽ được dẫn đến một trang có các số điện thoại và nguồn lực cụ thể cho tiểu bang của quý vị.

Cách thức	Hỗ trợ Quyền lợi Bảo hiểm Y tế Người cao niên (SHIBA) (SHIP của Oregon) - Thông tin Liên hệ
GỌI	800-722-4134 Miễn phí
TTY	711 Số máy này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói.
GỬI THƯ	500 Summer St NE E-12 Salem, OR 97301-1097 email: shiba.oregon@odhsos.oregon.gov
TRANG MẠNG	oregonshiba.org Hoặc liên hệ bằng cách sử dụng biểu mẫu trực tuyến được bảo mật của chương trình shiba.oregon.gov/get-help/Pages/connect-with-us.aspx

PHẦN 4 Quality Improvement Organization

Có một Quality Improvement Organization (Tổ chức Cải thiện Chất lượng) được chỉ định để phục vụ những người thụ hưởng Medicare ở mỗi tiểu bang. Đối với Oregon, Tổ chức Cải thiện Chất lượng được gọi là KEPRO.

KEPRO có một nhóm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được Medicare chi trả để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho những người có Medicare. KEPRO là một tổ chức độc lập. Tổ chức này không kết nối với chương trình của chúng tôi.

Quý vị nên liên hệ với KEPRO trong bất kỳ trường hợp nào sau đây:

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

Cách thức	KEPRO (Tổ chức Cải thiện Chất lượng của Oregon) – Thông tin Liên hệ
GỌI	888-305-6759 Thứ Hai đến Thứ Sáu, 6 giờ sáng đến 2 giờ chiều, múi giờ Thái Bình Dương. Cuối tuần và ngày lễ, 8 giờ sáng đến 12 giờ trưa, múi giờ Thái Bình Dương
TTY	711 Số máy này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói.
GỬI THƯ	KEPRO 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100 Seven Hills, OH 44131
TRANG MẠNG	<i>keproqio.com</i>

PHẦN 5 An sinh Xã hội

An sinh xã hội có trách nhiệm xác định khả năng hội đủ điều kiện và xử lý việc ghi danh tham gia Medicare. Công dân Hoa Kỳ và thường trú nhân hợp pháp từ 65 tuổi trở lên, hoặc những người bị khuyết tật hoặc mắc Bệnh Thận Giai đoạn Cuối và đáp ứng một số điều kiện nhất định, đều đủ điều kiện nhận Medicare. Nếu quý vị đã nhận được chi phiếu An sinh Xã hội, việc ghi danh vào Medicare sẽ được tự động thực hiện. Nếu quý vị hiện đang không nhận được chi phiếu An sinh Xã hội, quý vị phải ghi danh tham gia Medicare. Để ghi danh tham gia Medicare, quý vị có thể gọi cho Sở An sinh Xã hội hoặc đến văn phòng An sinh Xã hội tại địa phương.

An Sinh Xã Hội cũng có trách nhiệm xác định ai phải chi trả thêm tiền cho bảo hiểm thuốc Phần D vì họ có thu nhập cao hơn. Nếu quý vị nhận được thư từ Sở An sinh Xã hội thông báo rằng quý vị phải chi trả thêm tiền và có thắc mắc về số tiền này, hoặc nếu thu nhập của quý vị giảm do một sự kiện có tác động thay đổi đến cuộc sống của mình, quý vị có thể gọi cho Sở An sinh Xã hội để yêu cầu xem xét lại.

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

Cách thức	Sở An sinh Xã hội - Thông tin Liên hệ
GỌI	800-772-1213 Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí. Làm việc từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị có thể sử dụng các dịch vụ điện thoại tự động của An Sinh Xã Hội để thông tin được ghi âm lại và xử lý 24 giờ một ngày.
TTY	800-325-0778 Số máy này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí. Làm việc từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
TRANG MẠNG	<i>ssa.gov</i>

PHẦN 6 Oregon Health Plan (Medicaid)

Để đủ điều kiện nhận CareOregon Advantage Plus, quý vị phải đủ điều kiện nhận Medicare và các quyền lợi đầy đủ của Oregon Health Plan (Medicaid).

Oregon Health Plan (Medicaid) là một chương trình chung của chính phủ Liên bang và tiểu bang, giúp chi trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế.

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

- **Người thụ hưởng Medicare Đủ Tiêu chuẩn (QMB):** Hỗ trợ chi trả phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B cũng như các khoản chia sẻ chi phí khác (như khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán). Một số cá nhân có QMB cũng đủ điều kiện nhận toàn bộ quyền lợi Medicaid (QMB+).
- **Người thụ hưởng Medicare Có Thu nhập thấp Được Chỉ định (SLMB):** Hỗ trợ chi trả phí bảo hiểm Phần B. Một số cá nhân có SLMB cũng đủ điều kiện nhận toàn bộ quyền lợi Medicaid (SLMB+).

Nếu quý vị có thắc mắc về hỗ trợ mà quý vị nhận được từ Medicaid, hãy liên hệ với Oregon Health Plan.

Chương 3 Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

Cách thức	Oregon Health Plan (Chương trình Medicaid của Oregon) – Thông tin Liên hệ
GỌI	<p>Oregon Health Plan Client Services (Ban Dịch vụ Khách hàng của Oregon Health Plan): 800-273-0557</p> <p>Làm việc từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu</p>
TTY	<p>711</p> <p>Số máy này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói.</p>
GỬI THƯ	<p>Oregon Health Authority</p> <p>Administrative Office</p> <p>500 Summer St. NE E-20</p> <p>Salem, OR 97301-1097</p>
TRANG MẠNG	<p><i>oregon.gov/oha</i></p>

Governor's Advocacy Office (Văn phòng Vận động của Thống đốc) hỗ trợ những người ghi danh Medicaid về các vấn đề liên quan đến dịch vụ hoặc thanh toán. Văn phòng có thể giúp quý vị nộp đơn khiếu nại hoặc kháng nghị đối với chương trình của chúng tôi.

Cách thức	Văn phòng Vận động của Thống đốc - Thông tin Liên hệ
GỌI	503-945-6904 hoặc số miễn phí 800-442-5238 Làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều
TTY	711 Số máy này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói.
GỬI THƯ	Department of Human Services (Bộ Dịch vụ Nhân sinh) 500 Summer St. NE E-17 Salem, OR 97301 Email: gao.info@dhsosha.state.or.us
TRANG MẠNG	oregon.gov/DHS/ABOUTDHS/Pages.gao.aspx

Oregon Office of the Long-Term Care Ombudsman (Văn phòng Thanh tra Chăm sóc Dài hạn Oregon) giúp mọi người nhận thông tin về các viện dưỡng lão và giải quyết các vấn đề giữa viện dưỡng lão và cư dân hoặc gia đình của họ.

Cách thức	Văn phòng Thanh tra Chăm sóc Dài hạn Oregon - Thông tin Liên hệ
GỌI	503-378-6533 hoặc số miễn phí 800-522-2602 Làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều
TTY	711 Số máy này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói.
GỬI THƯ	830 D St. NE Salem, OR 97301 Email: ltco.info@rights.oregon.gov
TRANG MẠNG	oltco.org

PHẦN 7 **Thông tin về các chương trình hỗ trợ mọi người chi trả tiền thuốc theo toa**

Trang web **Medicare.gov** ([medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs)) cung cấp thông tin về cách giảm chi phí thuốc theo toa cho quý vị. Cũng có những chương trình hỗ trợ khác dành cho người có thu nhập hạn chế được mô tả dưới đây.

Chương trình “Hỗ trợ Bổ sung” của Medicare

Vì đủ điều kiện nhận Medicaid, nên quý vị đủ tư cách và nhận được “Hỗ trợ Bổ sung” từ Medicare để chi trả chi phí cho chương trình thuốc theo toa của mình. Quý vị không cần phải thực hiện thêm thao tác để nhận “Hỗ trợ Bổ sung.”

Nếu quý vị có thắc mắc về “Hỗ trợ Bổ sung”, hãy gọi:

- 800-MEDICARE (800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 877-486-2048 (ghi danh), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần.
- Văn phòng An sinh Xã hội theo số 800-772-1213, từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Người dùng TTY vui lòng gọi 800-325-0778; hoặc
- Văn phòng Medicaid Tiểu bang (ghi danh) (Xem Phần 6 của chương này để biết thông tin liên hệ).

Nếu quý vị cho rằng mình đang thanh toán khoản chia sẻ chi phí không chính xác khi nhận toa thuốc tại nhà thuốc, chương trình của chúng tôi có quy trình để quý vị yêu cầu hỗ trợ lấy chứng từ về mức đồng thanh toán phù hợp của mình, hoặc nếu quý vị đã có chứng từ, để quý vị cung cấp chứng từ này cho chúng tôi.

- Nếu quý vị cần hỗ trợ để có được chứng từ về mức trợ cấp “Hỗ trợ bổ sung” của mình, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ khách hàng của chúng tôi, và chúng tôi sẽ tìm hiểu Medicare và Tiểu bang Oregon để tìm chứng từ mà quý vị cần.
- Khi chúng tôi nhận được chứng từ thể hiện mức đồng thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ cập nhật hệ thống của mình để quý vị có thể thanh toán khoản đồng thanh toán chính xác khi quý vị nhận toa thuốc tiếp theo tại nhà thuốc. Nếu quý vị trả vượt mức khoản đồng thanh toán, chúng tôi sẽ hoàn tiền cho quý vị. Chúng tôi sẽ chuyển chi phiếu cho quý vị cho số tiền thanh toán vượt mức, hoặc chúng tôi sẽ bù đắp vào các khoản đồng thanh toán trong tương lai. Nếu nhà thuốc chưa thu khoản đồng thanh toán từ quý vị và đang coi khoản đồng thanh toán như một khoản nợ của quý vị, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho nhà thuốc. Nếu tiểu bang thanh toán đại diện cho quý vị, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho tiểu bang. Vui lòng liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng nếu quý vị có thắc mắc.

Sẽ thế nào nếu quý vị có bảo hiểm từ AIDS Drug Assistance Program (ADAP, Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS)?

Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS là gì?

Chương trình Hỗ trợ Thuốc AIDS (ADAP) giúp những người nhiễm HIV/AIDS đủ điều kiện nhận ADAP được tiếp cận với các thuốc điều trị HIV để giữ mạng sống. Thuốc theo toa Medicare Phần D cũng có trong danh mục thuốc ADAP đủ điều kiện nhận hỗ trợ chia sẻ chi phí theo toa thông qua CAREAssist. **Lưu ý:** Để đủ điều kiện tham gia ADAP hoạt động tại Tiểu bang của quý vị, các cá nhân phải đáp ứng một số tiêu chí nhất định, bao gồm bằng chứng cư trú tại Tiểu bang và tình trạng nhiễm HIV, thu nhập thấp theo quy định của Tiểu bang, và tình trạng không có bảo hiểm/bảo hiểm dưới mức. Nếu quý vị thay đổi chương trình, vui lòng thông báo cho nhân viên ghi danh ADAP tại địa phương để quý vị có thể tiếp tục nhận hỗ trợ. Để biết thông tin về các tiêu chí đủ điều kiện, thuốc được đài thọ hoặc cách ghi danh tham gia chương trình, vui lòng gọi cho CAREAssist theo số 971-673-0144 hoặc số điện thoại miễn phí 800-805-2313.

PHẦN 8 Cách liên hệ với Railroad Retirement Board

Railroad Retirement Board là một cơ quan Liên bang độc lập, quản lý các chương trình quyền lợi toàn diện cho công nhân đường sắt quốc gia cùng gia đình của họ. Nếu quý vị nhận được Medicare thông qua Railroad Retirement Board, điều quan trọng là quý vị phải cho hội đồng biết nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư của mình. Nếu quý vị có thắc mắc liên quan đến quyền lợi của mình từ Railroad Retirement Board, hãy liên hệ với cơ quan.

Cách thức	Railroad Retirement Board - Thông tin Liên hệ
GỌI	877-772-5772 Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí. Nếu nhấn phím “0”, quý vị có thể nói chuyện với đại diện RRB từ 9 giờ sáng đến 3 giờ 30 chiều vào Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm, Thứ Sáu, và từ 9 giờ sáng đến 12 giờ trưa vào thứ Tư. Nếu nhấn phím “1”, quý vị có thể truy cập Đường dây Trợ giúp RRB tự động và ghi lại thông tin 24 giờ một ngày, kể cả cuối tuần và ngày lễ.
TTY	312-751-4701 Số máy này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số máy này <i>không</i> miễn phí.
TRANG MẠNG	<i>rrb.gov</i>

PHẦN 9 **Quý vị có “bảo hiểm nhóm” hoặc bảo hiểm y tế khác từ chủ lao động không?**

Nếu quý vị (hoặc vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung của quý vị) nhận quyền lợi từ chủ lao động hoặc nhóm người hưu trí của quý vị (hoặc vợ/chồng hoặc bạn đời của quý vị) trong khuôn khổ của chương trình này, quý vị có thể gọi cho chủ lao động/người quản lý quyền lợi công đoàn hoặc ban Dịch vụ Khách hàng nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào. Quý vị có thể hỏi về chủ lao động hoặc quyền lợi chăm sóc sức khỏe của người hưu trí, phí bảo hiểm hoặc thời gian ghi danh của quý vị (hoặc vợ/chồng hoặc bạn đời của quý vị). (Số điện thoại của ban Dịch vụ Khách hàng được in ở bìa sau của tài liệu này.) Quý vị cũng có thể gọi 800-MEDICARE (800-633-4227; TTY: 877-486-2048) nếu có thắc mắc liên quan đến bảo hiểm Medicare theo chương trình này.

Nếu quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa khác thông qua chủ lao động hoặc nhóm người hưu trí của quý vị (hoặc vợ/chồng hoặc bạn đời của quý vị), vui lòng liên hệ **người quản lý quyền lợi của nhóm đó**. Người quản lý quyền lợi có thể giúp quý vị xác định bảo hiểm thuốc theo toa hiện tại của quý vị sẽ kết hợp như thế nào với chương trình của chúng tôi.

CHƯƠNG 3:

Sử dụng chương trình cho các dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị

PHẦN 1 Những điều cần biết về việc nhận dịch vụ chăm sóc y tế với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi

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

Để biết chi tiết về những dịch vụ chăm sóc y tế được chương trình của chúng tôi đài thọ, hãy sử dụng bảng quyền lợi ở chương tiếp theo, Chương 4 (*Bảng Quyền lợi Y tế, những mục được đài thọ*).

Phần 1.1 Nhà cung cấp trong mạng lưới và các dịch vụ được đài thọ là gì?

- **Nhà cung cấp** là các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, được tiểu bang cấp phép để cung cấp các dịch vụ và chăm sóc y tế. Thuật ngữ nhà cung cấp cũng bao gồm các bệnh viện và cơ sở chăm sóc sức khỏe khác.
- **Nhà cung cấp trong mạng lưới** là các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, nhóm y tế, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có thỏa thuận với chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi như là thanh toán đầy đủ. Chúng tôi đã sắp xếp để các nhà cung cấp này cung cấp các dịch vụ được đài thọ cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi sẽ gửi hóa đơn trực tiếp tới chúng tôi về dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị. Khi quý vị thăm khám với một nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị không phải chi trả gì cho các dịch vụ được đài thọ.
- **Dịch vụ được đài thọ** bao gồm tất cả các dịch vụ chăm sóc y tế, chăm sóc sức khỏe, thiết bị vật tư và Thuốc Theo toa được chương trình của chúng tôi đài thọ. Các dịch vụ chăm sóc y tế được đài thọ của quý vị được liệt kê trong bảng quyền lợi ở Chương 4. Các dịch vụ thuốc theo toa được đài thọ của quý vị sẽ được thảo luận trong Chương 5.

Phần 1.2 Các quy tắc cơ bản để nhận dịch vụ chăm sóc y tế được chương trình đài thọ

Với tư cách là chương trình sức khỏe Medicare và Oregon Health Plan (Medicaid), CareOregon Advantage Plus phải đài thọ tất cả các dịch vụ được Original Medicare đài thọ và có thể cung cấp các dịch vụ khác ngoài những dịch vụ được đài thọ theo Original Medicare. Xem Chương 4, Phần 2.1 để biết thêm thông tin.

CareOregon Advantage Plus thường sẽ đài thọ cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, miễn là:

- **Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được có trong Bảng Quyền lợi Y tế của chương trình** (bảng này nằm ở Chương 4 của tài liệu này).
- **Dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được coi là cần thiết về mặt y tế.** Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ, vật tư, thiết bị hoặc thuốc là cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng y tế của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn hành nghề y tế được chấp nhận.
- **Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính trong mạng lưới (PCP), cung cấp và giám sát việc chăm sóc cho quý vị.** Với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải chọn một PCP trong mạng lưới (để biết thêm thông tin về vấn đề này, hãy xem Phần 2.1 của chương này).
 - Trong hầu hết các trường hợp, chương trình của chúng tôi phải phê duyệt trước cho quý vị, sau đó quý vị mới có thể sử dụng các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình, chẳng hạn như bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà. Điều này được gọi là giới thiệu cho quý vị. Để biết thêm thông tin về việc này, hãy xem Phần 2.3 của chương này.
 - Không cần có sự giới thiệu từ PCP của quý vị đối với dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp. Ngoài ra còn có một số loại hình chăm sóc khác quý vị có thể nhận được mà không cần sự chấp thuận trước từ PCP của mình (để biết thêm thông tin về vấn đề này, hãy xem Phần 2.2 của chương này).
- **Quý vị phải nhận được dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới** (để biết thêm thông tin về điều này, hãy xem Phần 2 của chương này). Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới (nhà cung cấp không thuộc mạng lưới chương trình của chúng tôi) sẽ không được đài thọ. Điều này có nghĩa là với dịch vụ được cung cấp, quý vị sẽ phải chi trả toàn bộ cho nhà cung cấp. *Dưới đây là ba trường hợp ngoại lệ:*
 - Chương trình đài thọ dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để biết thêm thông tin về vấn đề này, và để biết dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ cần thiết khẩn cấp nghĩa là gì, hãy xem Phần 3 của chương này.
 - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare yêu cầu chương trình của chúng tôi đài thọ, nhưng không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chúng tôi cung cấp dịch vụ chăm sóc này, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc

Chương 3 Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

này từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới với cùng mức chia sẻ chi phí mà quý vị thường trả trong mạng lưới. Có thể cần phải có sự cho phép trước. Trong trường hợp này, chúng tôi sẽ đài thọ các dịch vụ giống như đối với các dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Để biết thông tin về việc được chấp thuận thăm khám bác sĩ ngoài mạng lưới, hãy xem Phần 2.4 của chương này.

- Chương trình đài thọ cho các dịch vụ lọc máu mà quý vị nhận được tại cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này của quý vị tạm thời không có sẵn hoặc không thể tiếp cận được. Khoản chia sẻ chi phí mà quý vị thanh toán cho chương trình cho dịch vụ lọc máu không bao giờ được vượt quá khoản chia sẻ chi phí trong Original Medicare. Nếu quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và nhận dịch vụ lọc máu từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới của chương trình, khoản chia sẻ chi phí của quý vị không được vượt quá khoản chia sẻ chi phí mà quý vị thanh toán trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp dịch vụ lọc máu trong mạng lưới thường dùng của quý vị tạm thời không có sẵn, và quý vị lựa chọn nhận các dịch vụ có trong khu vực dịch vụ của một nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới của chương trình, thì khoản chia sẻ chi phí cho dịch vụ lọc máu có thể cao hơn.
- Quý vị có thể xem các PCP và bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để nhận các dịch vụ được Medicare đài thọ bằng cách sử dụng quyền lợi Điểm Dịch vụ (POS) của chương trình. Xem Chương 4, Phần 2.1 để biết thêm thông tin.

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

Phần 2.1 Quý vị phải chọn Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Chính (PCP) để cung cấp và giám sát việc chăm sóc của quý vị

PCP là gì và PCP làm điều gì cho quý vị?

- PCP là gì? PCP của quý vị là một phòng khám có các bác sĩ và/hoặc y tá đáp ứng các yêu cầu của tiểu bang và được đào tạo để cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cơ bản cho quý vị.
- Những loại hình nhà cung cấp nào có thể hoạt động với tư cách là PCP? Các loại hình nhà cung cấp thường đóng vai trò là PCP bao gồm: Family Practice (Bác sĩ Gia đình), Internal Medicine (Nội khoa), General Practice (Nội tổng quát) và Pediatrics (Nhi khoa).
- Giải thích vai trò của PCP trong chương trình của quý vị. PCP của quý vị sẽ yêu cầu một số dịch vụ nhất định từ chương trình. Việc này được gọi là sự cho phép. Ví dụ về dịch vụ chăm sóc cần được ủy quyền bao gồm nhập viện, phẫu thuật ngoại trú và thiết bị y tế lâu bền.

Chương 3 Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

- Vai trò của PCP trong việc điều phối các dịch vụ được đài thọ là gì? Thông thường, quý vị sẽ thăm khám với PCP của mình trước tiên, đối với hầu hết các nhu cầu chăm sóc sức khỏe định kỳ. PCP của quý vị cũng sẽ điều phối các dịch vụ được đài thọ còn lại mà quý vị nhận được với tư cách là hội viên trong Chương trình của chúng tôi. Ví dụ, đôi khi quý vị có thể cần phải có sự chấp thuận của PCP để thăm khám với bác sĩ chuyên khoa. Việc này được gọi là giới thiệu. PCP của quý vị cũng sẽ sắp xếp các xét nghiệm, chụp X-quang và các liệu pháp.

Quý vị chọn PCP của mình như thế nào?

Mỗi hội viên CareOregon Advantage đều có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) được chỉ định. Nếu hội viên mới không lựa chọn PCP trong đơn ghi danh của họ, Chương trình sẽ lựa chọn PCP cho hội viên đó. Nếu quý vị đã là hội viên, PCP của quý vị sẽ giữ nguyên như trước. PCP của quý vị sẽ điều phối việc chăm sóc cho quý vị, ngoại trừ chăm sóc sức khỏe phụ nữ và cấp cứu.

Thay đổi PCP của quý vị

Quý vị có thể thay đổi PCP của mình vì bất kỳ lý do gì, vào bất kỳ lúc nào. Ngoài ra, PCP của quý vị có thể sẽ rời khỏi mạng lưới các nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi, và quý vị sẽ phải tìm một PCP mới.

Để tìm một PCP mới hiện đang tiếp nhận bệnh nhân mới, quý vị có thể xem Danh mục Nhà cung cấp trực tuyến của chúng tôi tại careoregonadvantage.org/providersearch. Quý vị cũng có thể gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng để được trợ giúp theo số 503-416-4279 hoặc số điện thoại miễn phí 888-712-3258, Ngày 1 Tháng Mười-31 Tháng Ba, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, Ngày 1 Tháng Tư-30 Tháng Chín, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.

Khi gọi điện thoại, hãy nhớ thông báo cho ban Dịch vụ Khách hàng biết nếu quý vị đang thăm khám với bác sĩ chuyên khoa hoặc nhận các dịch vụ được đài thọ khác. Ban Dịch vụ Khách hàng sẽ giúp đảm bảo rằng PCP mà quý vị muốn hiện đang tiếp nhận bệnh nhân mới và quý vị có thể tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc chuyên khoa cũng như các dịch vụ khác mà quý vị đã nhận khi thay đổi PCP của mình.

Khi quý vị có PCP mới, sự thay đổi sẽ có hiệu lực ngay lập tức.

Phần 2.2**Những loại dịch vụ chăm sóc y tế nào quý vị có thể nhận nếu không có sự giới thiệu từ PCP của mình?**

Quý vị có thể nhận các dịch vụ được liệt kê dưới đây mà không cần phải có sự chấp thuận trước từ PCP của mình.

Chương 3 Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

- Chăm sóc sức khỏe định kỳ cho phụ nữ, bao gồm khám vú, chụp quang tuyến vú để sàng lọc (chụp X-quang vú), xét nghiệm Pap và khám vùng chậu.
- Tiêm phòng cúm, tiêm chủng COVID-19, tiêm chủng Viêm gan B và tiêm chủng viêm phổi.
- Dịch vụ khẩn cấp từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc các nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các dịch vụ được đòi hỏi, không phải là dịch vụ khẩn cấp, được cung cấp khi các nhà cung cấp trong mạng lưới tạm thời không có sẵn hoặc không thể tiếp cận được, hoặc khi người ghi danh ở ngoài khu vực dịch vụ. Ví dụ, quý vị cần được chăm sóc ngay lập tức vào ngày cuối tuần. Các dịch vụ phải cần ngay lập tức và là cần thiết về mặt y tế.
- Các dịch vụ lọc thận mà quý vị nhận được tại cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình. Nếu có thể, vui lòng gọi cho ban Dịch vụ Khách hàng trước khi quý vị rời khỏi khu vực dịch vụ, để chúng tôi có thể giúp sắp xếp cho quý vị tiếp tục lọc máu khi quý vị rời đi.

Phần 2.3**Cách nhận dịch vụ chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới**

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

- Các bác sĩ ung thư chăm sóc bệnh nhân ung thư
- Các bác sĩ tim mạch chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh tim
- Bác sĩ chỉnh hình chăm sóc cho bệnh nhân gặp một số tình trạng về xương, khớp hoặc cơ

PCP của quý vị có trách nhiệm giới thiệu quý vị hoặc gửi yêu cầu (được gọi là ủy quyền) đến CareOregon Advantage Plus khi quý vị là hội viên chương trình. Ví dụ về dịch vụ chăm sóc cần ủy quyền bao gồm nhập viện, phẫu thuật ngoại trú và thiết bị y tế lâu bền. Để biết thêm thông tin về những dịch vụ cần có sự ủy quyền trước, hãy xem Chương 4, Phần 2.1.

CareOregon Advantage Plus sẽ đưa ra quyết định phê duyệt hoặc từ chối các yêu cầu mà PCP của quý vị gửi. Nếu chúng tôi khẳng định rằng chúng tôi sẽ không đòi hỏi cho các dịch vụ của quý vị, quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có quyền kháng nghị. Để biết thêm thông tin về cách kháng nghị sự từ chối, vui lòng xem Chương 9.

Việc lựa chọn PCP không giới hạn quý vị trong việc thăm khám với bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể mà PCP giới thiệu quý vị đến. Hội viên có thể yêu cầu bất kỳ bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện nào trong mạng lưới được liệt kê trong Danh mục Nhà cung cấp (careoregonadvantage.org/providersearch).

Sẽ thế nào nếu một bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp mạng lưới khác rời khỏi chương trình của chúng tôi?

Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi đối với các bệnh viện, bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (nhà cung cấp) nằm trong chương trình của quý vị trong năm. Nếu bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị rời khỏi chương trình của quý vị, quý vị có một số quyền và biện pháp bảo vệ nhất định được tóm tắt dưới đây:

- Mặc dù mạng lưới các nhà cung cấp của chúng tôi có thể thay đổi trong năm, nhưng Medicare yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị khả năng tiếp cận liên tục với các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa có trình độ.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết nhà cung cấp của quý vị sẽ rời khỏi chương trình của chúng tôi, để quý vị có thời gian chọn nhà cung cấp mới.
 - Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc sức khỏe hành vi của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị đã thăm khám với nhà cung cấp đó trong vòng ba năm qua.
 - Nếu bất kỳ nhà cung cấp nào khác của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị được chỉ định với nhà cung cấp đó, hiện đang nhận dịch vụ chăm sóc từ họ hoặc đã thăm khám với họ trong vòng ba tháng qua.
- Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị trong việc lựa chọn một nhà cung cấp mới đủ tiêu chuẩn trong mạng lưới mà quý vị có thể tiếp cận để được chăm sóc liên tục.
- Nếu quý vị hiện đang được điều trị y tế hoặc các liệu pháp với nhà cung cấp hiện tại của mình, quý vị có quyền yêu cầu, và chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để đảm bảo rằng việc điều trị hoặc các liệu pháp cần thiết về mặt y tế mà quý vị đang nhận được tiếp tục cung cấp.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về thời gian ghi danh khác dành cho quý vị, và các lựa chọn mà quý vị có thể dùng để thay đổi chương trình.
- Chúng tôi sẽ thu xếp mọi quyền lợi được đài thọ cần thiết về mặt y tế bên ngoài mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi, nhưng với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới, khi nhà cung cấp hoặc quyền lợi trong mạng lưới không có sẵn hoặc không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị. Có thể cần phải có sự ủy quyền trước, vui lòng xem Phần 2.4 để biết thêm thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

- Nếu quý vị biết bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của mình sẽ rời khỏi chương trình, vui lòng liên hệ với chúng tôi để chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị tìm nhà cung cấp mới để quản lý việc chăm sóc của quý vị.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi chưa mang lại cho quý vị một nhà cung cấp đủ điều kiện để thay thế nhà cung cấp trước đó của quý vị, hoặc dịch vụ chăm sóc của quý vị không được quản lý đúng cách, quý vị có quyền gửi khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc tới QIO, khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc tới chương trình, hoặc cả hai. Vui lòng xem Chương 9.

Phần 2.4 Cách nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Quý vị có thể thăm khám với các PCP và bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để nhận các dịch vụ được Medicare đài thọ, bằng cách sử dụng quyền lợi Điểm Dịch vụ (POS) của chương trình. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới mà quý vị đến thăm khám phải tuân thủ các quy tắc và quy định tương tự mà chương trình của chúng tôi đặt ra cho các nhà cung cấp trong mạng lưới. Ví dụ, một số dịch vụ được cung cấp bởi các nhà cung cấp ngoài mạng lưới có thể yêu cầu chương trình ủy quyền trước khi thực hiện bất kỳ việc điều trị nào. Để biết thêm thông tin về các quyền lợi Điểm dịch vụ, hãy xem Chương 4, Phần 2.1.

Nếu không có sẵn bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp CareOregon Advantage Plus, PCP của quý vị sẽ hỏi chúng tôi xem quý vị có thể thăm khám với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới hay không. Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc không khẩn cấp từ các nhà cung cấp ngoài chương trình (ngoài mạng lưới) mà không có sự ủy quyền trước, quý vị phải tự chi trả toàn bộ chi phí, trừ khi các dịch vụ đó là khẩn cấp và mạng lưới của chúng tôi không có sẵn, hoặc các dịch vụ đó là các dịch vụ lọc máu ngoài khu vực. Nếu nhà cung cấp ngoài mạng lưới gửi cho quý vị một hóa đơn mà quý vị cho rằng chúng tôi nên chi trả cho các dịch vụ khẩn cấp, vui lòng liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này) hoặc gửi hóa đơn cho chúng tôi để thanh toán.

PHẦN 3 Cách nhận dịch vụ khi quý vị gặp trường hợp cấp cứu hoặc có nhu cầu chăm sóc khẩn cấp hoặc khi xảy ra thảm họa

Phần 3.1 Nhận dịch vụ chăm sóc nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế

Trường hợp cấp cứu y tế là gì và quý vị nên làm gì nếu gặp phải trường hợp này?

Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị, hoặc bất kỳ người bình thường cần trọng nào có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học, cho rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để tránh tử vong (và, nếu quý vị là phụ nữ mang thai, tránh bị mất thai nhi), mất một chi hoặc chức năng của chi, hoặc mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ

thể. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh, chấn thương, cơn đau dữ dội hoặc tình trạng bệnh lý đang nhanh chóng chuyển biến xấu.

Nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế:

- **Hãy nhận sự trợ giúp nhanh nhất có thể.** Gọi 911 để được giúp đỡ hoặc đến phòng cấp cứu hoặc bệnh viện gần nhất. Gọi xe cứu thương nếu quý vị cần. Quý vị không cần phải được chấp thuận hoặc nhận giấy giới thiệu trước từ PCP của mình. Quý vị không cần phải sử dụng bác sĩ trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc y tế khẩn cấp được đài thọ bất cứ khi nào quý vị cần, ở bất kỳ đâu tại Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ, và từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép phù hợp của tiểu bang, ngay cả khi họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi.

Những mục nào được đài thọ nếu quý vị được cấp cứu y tế?

Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc y tế khẩn cấp được đài thọ bất cứ khi nào quý vị cần, ở bất kỳ đâu tại Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.

Chương trình của chúng tôi đài thọ các dịch vụ xe cứu thương trong những trường hợp việc di chuyển đến phòng cấp cứu bằng bất kỳ cách nào khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng đài thọ các dịch vụ y tế trong trường hợp khẩn cấp.

Các bác sĩ đang chăm sóc cấp cứu cho quý vị sẽ quyết định khi nào tình trạng của quý vị ổn định và cấp cứu y tế kết thúc.

Sau khi trường hợp khẩn cấp kết thúc, quý vị có quyền được chăm sóc theo dõi để đảm bảo tình trạng của mình tiếp tục ổn định. Việc chăm sóc theo dõi của quý vị sẽ được chương trình của chúng tôi đài thọ. Nếu dịch vụ chăm sóc khẩn cấp của quý vị được cung cấp bởi các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, chúng tôi sẽ cố gắng sắp xếp để các nhà cung cấp trong mạng lưới đảm nhận việc chăm sóc cho quý vị ngay khi tình trạng sức khỏe của quý vị và hoàn cảnh cho phép.

Sẽ thế nào nếu đó không phải là trường hợp cấp cứu y tế?

Đôi khi khó để biết liệu quý vị có đang trong tình trạng cấp cứu y tế hay không. Ví dụ, quý vị có thể cần được chăm sóc khẩn cấp - cho rằng sức khỏe của mình đang gặp nguy hiểm nghiêm trọng - và bác sĩ nói rằng đó không phải là một trường hợp cấp cứu y tế. Nếu đó không phải là trường hợp khẩn cấp, miễn là quý vị có lý do hợp lý để cho rằng sức khỏe của mình đang gặp nguy hiểm nghiêm trọng, chúng tôi sẽ đài thọ cho việc chăm sóc của quý vị.

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

- Quý vị đến gặp một nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận dịch vụ chăm sóc bổ sung.

Chương 3 Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị

- – hoặc – Dịch vụ chăm sóc bổ sung mà quý vị nhận được coi là dịch vụ cần thiết khẩn cấp, và quý vị tuân theo các quy tắc để nhận được dịch vụ chăm sóc khẩn cấp này (để biết thêm thông tin về vấn đề này, hãy xem Phần 3.2 bên dưới).

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

Dịch vụ cần thiết khẩn cấp là một tình huống không khẩn cấp, cần chăm sóc y tế ngay lập tức, nhưng tùy vào hoàn cảnh của quý vị, việc nhận các dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới là không thể hoặc không hợp lý. Chương trình phải đòi hỏi các dịch vụ cần thiết khẩn cấp được cung cấp ngoài mạng lưới. Một số ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp là i) đau họng nghiêm trọng xảy ra vào cuối tuần hoặc ii) một sự bùng phát không lường trước của một tình trạng đã biết khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ.

Quý vị cần luôn cố gắng nhận các dịch vụ cần thiết khẩn cấp từ các nhà cung cấp trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu các nhà cung cấp tạm thời không có sẵn hoặc không thể tiếp cận được, và việc chờ đợi để nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị đến khi mạng lưới sẵn sàng là không hợp lý, thì chúng tôi sẽ đòi hỏi cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Quý vị có thể thực hiện việc này bằng cách truy cập vào bất kỳ trung tâm chăm sóc khẩn cấp nào có tham gia trong khu vực dịch vụ của chương trình, hoặc khi ở ngoài khu vực dịch vụ, truy cập vào bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc khẩn cấp nào. Nếu quý vị cần trợ giúp tìm kiếm hoặc tiếp cận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp, quý vị có thể liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng (số điện thoại được in ở mặt sau của tập sách này) trong giờ làm việc thông thường. Để được hỗ trợ trong những khung giờ khác, quý vị có thể gọi đến Nurse Advice Line (Đường dây Cố vấn Y tá) 24 giờ của chúng tôi theo số điện thoại miễn phí 866-209-4589, nếu quý vị cần lời khuyên về những vấn đề sau: quý vị cần được chăm sóc bệnh khi nào, loại hình chăm sóc sức khỏe nào là cần thiết, phải làm gì để chăm sóc bản thân trước khi gặp bác sĩ, và làm thế nào quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết.

Chương trình của chúng tôi không đòi hỏi các dịch vụ cấp cứu, dịch vụ cần thiết khẩn cấp hoặc bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào khác bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.

Phần 3.3**Nhận dịch vụ chăm sóc khi xảy ra thảm họa**

Nếu Thống đốc tiểu bang của quý vị, U.S Secretary of Health and Human Services (Bộ trưởng Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ) hoặc Tổng thống Hoa Kỳ tuyên bố tình trạng thảm họa hoặc tình trạng khẩn cấp trong khu vực địa lý của quý vị, quý vị vẫn có quyền nhận dịch vụ chăm sóc từ chương trình của mình.

Vui lòng truy cập trang mạng sau: careoregonadvantage.org để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết khi xảy ra thảm họa.

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

PHẦN 4 **Sẽ thế nào nếu quý vị được gửi hóa đơn trực tiếp toàn bộ chi phí dịch vụ của mình?**

Phần 4.1	Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ
-----------------	--

Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ của mình, hoặc nếu quý vị đã nhận được hóa đơn cho các dịch vụ y tế được đài thọ, hãy xem Chương 7 (*Yêu cầu chúng tôi chi trả hóa đơn quý vị đã nhận dành cho thuốc hoặc dịch vụ y tế được đài thọ*) để biết thông tin về những điều cần làm.

Phần 4.2	Quý vị nên làm gì nếu các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi đài thọ?
-----------------	---

CareOregon Advantage Plus đài thọ tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế như được liệt kê trong Bảng Quyền lợi Y tế ở Chương 4 của tài liệu này. Nếu quý vị nhận các dịch vụ không được chương trình của chúng tôi đài thọ hoặc các dịch vụ ngoài mạng lưới và không được ủy quyền, quý vị có trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí dịch vụ. Một số dịch vụ được Medicaid đài thọ nhưng không được Medicare đài thọ được liệt kê trong Chương 4, Phần 3.1. Quý vị cũng có thể tìm hiểu thêm về các dịch vụ được Medicaid đài thọ bằng cách liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng (số điện thoại được in ở mặt sau của tập sách này).

Nếu quý vị có thắc mắc về việc liệu chúng tôi có thanh toán cho bất kỳ dịch vụ y tế hoặc dịch vụ chăm sóc nào mà quý vị đang cân nhắc hay không, quý vị có quyền hỏi chúng tôi xem liệu chúng tôi có đài thọ cho dịch vụ đó hay không trước khi quý vị nhận dịch vụ. Quý vị cũng có quyền yêu cầu điều này bằng văn bản. Nếu chúng tôi thông báo rằng chúng tôi sẽ không đài thọ cho các dịch vụ của quý vị, quý vị có quyền kháng nghị quyết định của chúng tôi về việc không đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Vui lòng xem Chương 9 để biết thêm thông tin về cách kháng nghị quyết định mà chúng tôi đã đưa ra. Quý vị cũng có thể gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng để biết thêm thông tin.

Đối với các dịch vụ được đài thọ có giới hạn về quyền lợi, quý vị cũng phải thanh toán toàn bộ chi phí của bất kỳ dịch vụ nào quý vị nhận sau khi đã sử dụng hết quyền lợi của mình cho loại

hình dịch vụ được đài thọ đó. Quý vị cũng có thể gọi cho ban Dịch vụ Khách hàng (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này) khi quý vị muốn biết mình đã sử dụng bao nhiêu giới hạn quyền lợi.

PHẦN 5 **Các dịch vụ y tế của quý vị được đài thọ như thế nào khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng?**

Phần 5.1	Nghiên cứu lâm sàng là gì?
-----------------	-----------------------------------

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

Sau khi Medicare phê duyệt nghiên cứu và quý vị bày tỏ sự quan tâm, người làm nghiên cứu sẽ liên hệ với quý vị để giải thích thêm về nghiên cứu và xem xét liệu quý vị có đáp ứng các yêu cầu do các nhà khoa học đang thực hiện nghiên cứu đặt ra hay không. Quý vị có thể tham gia vào nghiên cứu, miễn là quý vị đáp ứng được các yêu cầu của nghiên cứu và quý vị hoàn toàn hiểu cũng như chấp nhận những yếu tố liên quan nếu quý vị tham gia vào nghiên cứu.

Nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu được Medicare phê duyệt, Original Medicare sẽ thanh toán phần lớn chi phí cho các dịch vụ được đài thọ thuộc về nghiên cứu mà quý vị nhận được. Nếu quý vị cho chúng tôi biết rằng quý vị đang tham gia một thử nghiệm lâm sàng đủ điều kiện, thì quý vị chỉ có trách nhiệm chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho các dịch vụ trong thử nghiệm đó. Nếu quý vị chi trả nhiều hơn, ví dụ, nếu quý vị đã trả khoản chia sẻ chi phí Original Medicare, chúng tôi sẽ hoàn trả phần chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả và khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị sẽ cần cung cấp tài liệu để cho chúng tôi biết quý vị đã trả bao nhiêu. Khi tham gia một nghiên cứu lâm sàng, quý vị có thể tiếp tục được ghi danh vào chương trình của chúng tôi và tiếp tục nhận phần chăm sóc còn lại (dịch vụ chăm sóc không liên quan đến nghiên cứu) thông qua chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn tham gia vào bất kỳ nghiên cứu nghiên cứu lâm sàng nào được Medicare phê duyệt, quý vị không cần phải thông báo cho chúng tôi hoặc nhận sự chấp thuận từ chúng tôi hoặc PCP của quý vị. Các nhà cung cấp cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị thuộc nghiên cứu lâm sàng không cần phải nằm trong mạng lưới các nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi. Xin lưu ý rằng điều này không bao gồm các quyền lợi mà chương trình của chúng tôi có trách nhiệm, bao gồm việc tham gia thử nghiệm lâm sàng hoặc ghi danh để đánh giá quyền lợi. Chúng bao gồm một số quyền lợi nhất định được chỉ định theo National Coverage Determinations (NCD, quyết định bảo hiểm quốc gia) và Investigational Device Trials (IDE, Thử

nghiệm Thiết bị Nghiên cứu) và có thể phải tuân theo sự ủy quyền trước cũng như các quy định khác của chương trình.

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

Nếu quý vị tham gia một nghiên cứu mà Medicare chưa phê duyệt, *quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán mọi chi phí cho việc tham gia nghiên cứu của mình.*

Phần 5.2	Khi quý vị tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng, ai sẽ thanh toán cho phần nào?
-----------------	--

Sau khi quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt, Original Medicare đài thọ các vật phẩm và dịch vụ thông thường mà quý vị nhận được trong khuôn khổ nghiên cứu, bao gồm:

- Phí ăn ở khi nằm viện mà Medicare sẽ thanh toán ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu
- Một cuộc phẫu thuật hoặc thủ thuật y tế khác nếu nó nằm trong khuôn khổ nghiên cứu
- Điều trị tác dụng phụ và biến chứng của phương pháp chăm sóc mới

Sau khi Medicare thanh toán phần chi phí của mình cho các dịch vụ này, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán phần còn lại. Giống như tất cả các dịch vụ được đài thọ khác, quý vị sẽ không phải thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ mà quý vị nhận trong nghiên cứu lâm sàng.

Khi quý vị tham gia một nghiên cứu lâm sàng, **cả Medicare và chương trình của chúng tôi sẽ không thanh toán cho bất kỳ khoản nào sau đây:**

- Nói chung, Medicare sẽ không thanh toán cho vật phẩm hoặc dịch vụ mới mà nghiên cứu đang thử nghiệm, trừ khi Medicare chi trả cho hạng mục hoặc dịch vụ đó ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu.
- Các vật phẩm hoặc dịch vụ được cung cấp chỉ để thu thập dữ liệu, và không được sử dụng trong hoạt động chăm sóc sức khỏe trực tiếp của quý vị. Ví dụ, Medicare sẽ không thanh toán cho việc chụp CT hàng tháng được thực hiện trong khuôn khổ nghiên cứu, nếu tình trạng bệnh lý của quý vị thường chỉ yêu cầu chụp CT một lần.

Quý vị muốn biết thêm thông tin gì?

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

PHẦN 6 Các quy tắc để được chăm sóc tại tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

Phần 6.1 Tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế là gì?

Tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế là cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho một tình trạng thường được điều trị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Nếu việc nhận dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn là trái với niềm tin tôn giáo của hội viên, thì thay vào đó, chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc tại tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế. Quyền lợi này chỉ được cung cấp cho các dịch vụ nội trú Phần A (dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế).

Phần 6.2 Nhận dịch vụ chăm sóc từ tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế

Để nhận dịch vụ chăm sóc từ một tổ chức chăm sóc sức khỏe tôn giáo phi y tế, quý vị phải ký vào một văn bản pháp lý cho biết quý vị hoàn toàn phản đối việc nhận điều trị y tế **không ngoại lệ**.

- Chăm sóc hoặc điều trị y tế **không ngoại lệ** là bất kỳ dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế nào *mang tính tự nguyện* và *không được yêu cầu* bởi bất kỳ luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương nào.
- Điều trị y tế **ngoại lệ** là chăm sóc y tế hoặc điều trị mà quý vị nhận được không mang tính tự nguyện hoặc được yêu cầu theo luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.

Để được chương trình của chúng tôi đài thọ, 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.
- Bảo hiểm của chương trình chúng tôi đối với các dịch vụ mà quý vị nhận được bị giới hạn ở các khía cạnh *phi tôn giáo* của việc chăm sóc.
- Nếu các dịch vụ quý vị nhận từ tổ chức này được cung cấp cho quý vị tại một cơ sở, các điều kiện sau sẽ được áp dụng:

- Quý vị phải có tình trạng bệnh lý cho phép quý vị nhận các dịch vụ được đài thọ để chăm sóc nội trú tại bệnh viện hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
- – và– Quý vị phải nhận được sự chấp thuận trước từ chương trình của chúng tôi trước khi được nhận vào cơ sở, nếu không thời gian lưu trú của quý vị sẽ không được đài thọ.

Áp dụng giới hạn bảo hiểm của Medicare Inpatient Hospital (Bệnh viện Nội trú Medicare) (tham khảo bảng quyền lợi ở Chương 4, phần 2.1 để biết thêm thông tin).

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

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

Durable medical equipment (DME, Thiết bị Y tế Lâu bền) bao gồm các vật phẩm như thiết bị và vật tư oxy, xe lăn, khung tập đi, hệ thống nệm chạy bằng điện, nạng, vật tư dành cho bệnh nhân tiểu đường, thiết bị tạo giọng nói, bơm truyền dịch IV, máy phun khí dung và giường bệnh do nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng tại nhà. Hội viên luôn sở hữu một số vật phẩm nhất định, chẳng hạn như chân tay giả. Trong phần này, chúng tôi thảo luận về các loại DME khác mà quý vị phải thuê.

Trong Original Medicare, những người thuê một số loại DME nhất định sẽ sở hữu vật phẩm sau khi thanh toán khoản đồng thanh toán cho vật phẩm đó trong 13 tháng. Tuy nhiên, với tư cách là hội viên của CareOregon Advantage Plus, quý vị thường sẽ không có quyền sở hữu các vật phẩm DME đã thuê, cho dù quý vị có trả bao nhiêu khoản đồng thanh toán cho vật phẩm đó khi là hội viên chương trình của chúng tôi, ngay cả khi quý vị đã thực hiện tối đa 12 khoản thanh toán liên tiếp cho vật phẩm DME đó theo Original Medicare trước khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi. Trong một số trường hợp hạn chế nhất định, chúng tôi sẽ chuyển quyền sở hữu vật phẩm DME cho quý vị. Hãy gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng (số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này) để tìm hiểu về các yêu cầu quý vị phải đáp ứng và giấy tờ quý vị cần cung cấp.

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

Nếu quý vị không có quyền sở hữu vật phẩm DME khi tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán mới liên tiếp sau khi chuyển sang Original Medicare để sở hữu vật phẩm đó. Các khoản thanh toán được thực hiện trong khi tham gia chương trình của quý vị sẽ không được tính.

Ví dụ 1: Quý vị đã thực hiện 12 khoản thanh toán liên tiếp hoặc ít hơn cho vật phẩm trong Original Medicare, và sau đó tham gia chương trình của chúng tôi. Các khoản thanh toán quý vị gửi cho Original Medicare không được tính. Quý vị sẽ phải thực hiện 13 khoản thanh toán cho chương trình của chúng tôi trước khi sở hữu vật phẩm này.

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

Phần 7.2 Quy định về thiết bị, vật tư và bảo trì oxy

Quý vị được hưởng những quyền lợi oxy gì?

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận bảo hiểm thiết bị oxy của Medicare, CareOregon Advantage Plus sẽ đài thọ:

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

Nếu quý vị rời khỏi CareOregon Advantage Plus hoặc không còn cần đến thiết bị oxy về mặt y tế nữa, thì thiết bị oxy đó phải được trả lại.

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

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

CHƯƠNG 4:

Bảng Quyền lợi Y tế

(những mục được đài thọ)

PHẦN 1 **Hiểu về các dịch vụ được đài thọ**

Chương này cung cấp Bảng Quyền lợi Y tế, liệt kê các dịch vụ được đài thọ của quý vị với tư cách là hội viên của CareOregon Advantage Plus. Ở phần sau của chương này, quý vị có thể tìm thấy thông tin về các dịch vụ y tế không được đài thọ. Phần này cũng giải thích các hạn chế đối với một số dịch vụ nhất định.

Phần 1.1 **Quý vị không phải thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ**

Bởi vì quý vị nhận được hỗ trợ từ Medicaid, nên quý vị không phải thanh toán gì cho các dịch vụ được đài thọ của mình, miễn là quý vị tuân theo các quy định của chương trình để nhận dịch vụ chăm sóc. (Xem Chương 3 để biết thêm thông tin về các quy định của chương trình đối với việc nhận dịch vụ chăm sóc của quý vị.)

Phần 1.2 **Quý vị sẽ chi trả tối đa bao nhiêu cho các dịch vụ y tế được đài thọ?**

Lưu ý: Bởi vì các hội viên của chúng tôi cũng nhận được hỗ trợ từ Medicaid, nên rất ít hội viên đạt đến mức tự chi trả tối đa. Quý vị không có trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí tự trả nào trong số tiền tự chi trả tối đa cho các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ.

Vì quý vị đã ghi danh tham gia Medicare Advantage Plan, nên có hạn mức về số tiền quý vị phải tự chi trả mỗi năm cho các dịch vụ y tế được chương trình của chúng tôi đài thọ. Hạn mức này được gọi Maximum Out-Of-Pocket (MOOP, Số Tiền Tự Chi trả Tối đa) cho các dịch vụ y tế. Đối với năm dương lịch 2024, số tiền này là \$8,850.

Số tiền quý vị chi trả cho các dịch vụ được đài thọ sẽ được tính vào số tiền tự chi trả tối đa này. Số tiền quý vị chi trả cho thuốc theo toa Phần D không được tính vào số tiền tự chi trả tối đa của quý vị. Ngoài ra, số tiền quý vị chi trả cho một số dịch vụ không được tính vào số tiền tự chi trả tối đa của quý vị. Các dịch vụ này được đánh dấu bằng dấu sao trong Bảng Quyền lợi Y tế. Nếu quý vị đạt đến số tiền tự chi trả tối đa là \$8,850, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ chi phí tự trả nào khác trong thời gian còn lại của năm cho các dịch vụ được đài thọ. Tuy nhiên, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B (trừ khi phí bảo hiểm Phần B của quý vị được Medicaid hoặc bên thứ ba khác thanh toán cho quý vị).

PHẦN 2 **Sử dụng *Bảng Quyền lợi Y tế* để tìm những gì được đài thọ**

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

Bảng Quyền lợi Y tế ở các trang sau liệt kê các dịch vụ mà CareOregon Advantage Plus đài thọ. Bảo hiểm thuốc theo toa Phần D có ở Chương 5. Các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi Y tế chỉ được đài thọ khi đáp ứng các yêu cầu đài thọ sau:

- Các dịch vụ được Medicare đài thọ của quý vị phải được cung cấp theo các hướng dẫn đài thọ do Medicare thiết lập.
- Các dịch vụ của quý vị (bao gồm chăm sóc y tế, dịch vụ, vật tư, thiết bị và thuốc theo toa Phần B) *phải* cần thiết về mặt y tế. Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng bệnh lý của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn hành nghề y tế được chấp nhận.
- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được đài thọ, trừ khi đó là dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp, hoặc trừ khi chương trình hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới của quý vị đã giới thiệu cho quý vị. Điều này có nghĩa là với dịch vụ được cung cấp, quý vị sẽ phải chi trả toàn bộ cho nhà cung cấp.
- Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) đang cung cấp và giám sát việc chăm sóc cho quý vị. Trong hầu hết các trường hợp, PCP của quý vị phải chấp thuận trước cho quý vị, sau đó quý vị có thể thăm khám với các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình. Điều này được gọi là giới thiệu cho quý vị.
- Một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi Y tế *chỉ* được đài thọ nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới nhận được sự chấp thuận trước (đôi khi được gọi là sự ủy quyền trước) từ chúng tôi. Các dịch vụ được đài thọ cần phê duyệt trước sẽ được đánh dấu **in đậm** trong Bảng Quyền lợi Y tế.

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

- Quý vị được đài thọ bởi cả Medicare và Medicaid. Medicare đài thọ dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc theo toa. Medicaid đài thọ khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ Medicare. Medicaid cũng đài thọ các dịch vụ mà Medicare không đài thọ, như *chăm sóc dài hạn, thuốc không kê toa, các dịch vụ tại nhà và cộng đồng*.
- Giống như tất cả các chương trình sức khỏe Medicare, chúng tôi đài thọ tất cả những gì mà Original Medicare đài thọ. (Nếu quý vị muốn biết thêm về bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy xem cẩm nang *Medicare & You 2024*. Xem cẩm nang trực tuyến tại **[medicare.gov](https://www.medicare.gov)** hoặc yêu cầu một bản sao bằng cách gọi tới 800-MEDICARE (800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 877-486-2048.)
- Đối với tất cả các dịch vụ phòng ngừa được đài thọ miễn phí theo Original Medicare, chúng tôi cũng đài thọ dịch vụ đó miễn phí cho quý vị. Tuy nhiên, nếu quý vị cũng được điều trị hoặc theo dõi tình trạng bệnh lý hiện có trong lúc thăm khám khi quý vị nhận dịch vụ phòng ngừa, khoản đồng thanh toán sẽ được áp dụng cho dịch vụ chăm sóc dành cho tình trạng bệnh lý hiện tại.

- Nếu Medicare bổ sung bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ mới nào trong năm 2024, thì Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ cho các dịch vụ đó.
- Nếu quý vị đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid, khoản chia sẻ chi phí sẽ được Medicaid đài thọ. Vui lòng xem Chương 4, Phần 3.1 để biết các dịch vụ mà quý vị đủ điều kiện nhận theo chương trình Medicaid của mình.
- Nếu quý vị vẫn còn trong thời hạn hai tháng được coi là đủ điều kiện tiếp tục trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi Medicare được chương trình Medicare Advantage đài thọ. Tuy nhiên, trong thời gian này, chúng tôi sẽ không tiếp tục đài thọ các quyền lợi Medicaid nằm trong bảo hiểm Oregon Health Plan (Medicaid) của quý vị, hoặc thanh toán phí bảo hiểm Medicare hoặc khoản chia sẻ chi phí thường được trả cho quý vị nếu quý vị không mất khả năng hội đủ điều kiện Medicaid.

Quý vị không phải chi trả bất kỳ khoản nào cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền lợi, với điều kiện là quý vị đáp ứng các yêu cầu bảo hiểm được mô tả bên trên.

Thông tin Quyền lợi Quan trọng dành cho tất cả Người Ghi danh Tham gia Dịch vụ Wellness and Health Care Planning (WHP, Lập kế hoạch Chăm sóc Sức khỏe và Tinh thần)

- Quý vị sẽ đủ điều kiện nhận các dịch vụ WHP sau, bao gồm các dịch vụ advance care planning (ACP, lập kế hoạch chăm sóc trước):
 - Thăm khám Sức khỏe Hàng năm. Vui lòng xem hàng “Thăm khám Sức khỏe Hàng năm” trong Bảng Quyền lợi Y tế bên dưới để biết thêm chi tiết.
 - Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về Lập kế hoạch Chăm sóc Trước, hãy liên hệ với nhà cung cấp của quý vị. Việc tham gia là tự nguyện và có thể bị từ chối bất cứ lúc nào.


Thông tin Lợi ích Quan trọng dành cho Người ghi danh Đủ điều kiện nhận “Hỗ trợ Bổ sung”:

- Nếu quý vị nhận được “Hỗ trợ Bổ sung” để chi trả chi phí cho chương trình thuốc theo toa Medicare của mình, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm, thì quý vị có thể đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung có mục tiêu khác và/hoặc khoản chia sẻ chi phí được giảm có mục tiêu.
- Vui lòng xem Bảng Quyền lợi Y tế ở Chương 4 để biết thêm chi tiết.
- Để biết thông tin về việc giảm khoản đồng thanh toán đối với vắc xin Phần D và thuốc theo toa Phần D, vui lòng xem Chương 6, Phần 2.1 để biết thêm chi tiết.



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

Bảng Quyền lợi Y tế

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p> Khám sàng lọc phình động mạch chủ bụng</p> <p>Siêu âm sàng lọc một lần cho những người có nguy cơ. Chương trình chỉ đài thọ cho việc sàng lọc này nếu quý vị có một số yếu tố rủi ro nhất định, và nếu quý vị nhận được giấy giới thiệu thực hiện việc sàng lọc này từ bác sĩ, trợ lý bác sĩ, y tá hành nghề hoặc chuyên gia y tá lâm sàng.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các hội viên đủ điều kiện tham gia sàng lọc phòng ngừa này.</p>

Châm cứu chữa đau thắt lưng mạn tính

\$0

Các dịch vụ được đài thọ bao gồm:

Tối đa 12 lần thăm khám trong 90 ngày được đài thọ cho những người thụ hưởng Medicare trong các trường hợp sau:

Vì mục đích của quyền lợi này, đau thắt lưng mạn tính được định nghĩa là:

- Kéo dài 12 tuần trở lên;
- không đặc hiệu, nghĩa là không có nguyên nhân hệ thống có thể xác định được (tức là không liên quan đến bệnh di căn, viêm, nhiễm trùng, v.v.);
- không liên quan đến phẫu thuật; và
- không liên quan đến việc mang thai.

**QUY TẮC ỦY QUYỀN CÓ
THỂ ÁP DỤNG**

Tám buổi bổ sung sẽ được đài thọ cho những bệnh nhân cho thấy sự cải thiện. Không nhiều hơn 20 phương pháp điều trị châm cứu có thể được thực hiện hàng năm.


Phải ngừng điều trị nếu bệnh nhân không cải thiện hoặc thoái triển.



Yêu cầu cho Nhà cung cấp:



Bác sĩ (như được định nghĩa trong 1861(r)(1) của Đạo luật An sinh Xã hội (Đạo luật)) có thể cung cấp dịch vụ châm cứu theo các yêu cầu hiện hành của tiểu bang.

Physician assistant (PA, Trợ lý Bác sĩ), Nurse Practitioners (NP, Y tá Hành nghề)/ Clinical Nurse Specialist (CNS, Chuyên gia Y tá Lâm sàng) (như được định nghĩa trong 1861(aa) (5) của Đạo luật) và nhân viên phụ trợ có thể cung cấp dịch vụ châm cứu nếu đáp ứng tất cả các yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có:


- bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ về châm cứu hoặc Đông y từ một trường được Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM, Ủy ban Chứng nhận về Châm cứu và Đông y) công nhận; và,
- giấy phép hiện hành, đầy đủ, có hiệu lực và không hạn chế để hành nghề châm cứu ở Tiểu bang, Vùng lãnh thổ hoặc Khối thịnh vượng chung (như là Puerto Rico) của Hoa Kỳ hoặc Quận Columbia.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
Châm cứu chữa đau thắt lưng mạn tính (tiếp) Nhân viên phụ trợ cung cấp dịch vụ châm cứu phải chịu sự giám sát thích hợp của bác sĩ, PA hoặc NP/CNS theo quy định của chúng tôi tại 42 CFR §§ 410.26 và 410.27.	
Dịch vụ xe cứu thương Các dịch vụ xe cứu thương được đài thọ, cho dù trong trường hợp khẩn cấp hay không khẩn cấp, bao gồm dịch vụ xe cứu thương cánh cố định, cánh quay và xe cứu thương mặt đất, đến cơ sở thích hợp gần nhất chỉ có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc nếu xe được cung cấp cho hội viên có tình trạng sức khỏe xấu đến mức các phương tiện đưa đón khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của người đó, hoặc nếu được chương trình ủy quyền. Nếu dịch vụ xe cứu thương được đài thọ không dành cho trường hợp khẩn cấp, thì phải ghi lại rằng tình trạng của hội viên xấu đến mức các phương tiện đưa đón khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của người đó, và việc vận chuyển bằng xe cứu thương là cần thiết về mặt y tế.	\$0
 Thăm khám sức khỏe hàng năm Nếu quý vị đã tham gia Phần B lâu hơn 12 tháng, quý vị có thể được khám sức khỏe hàng năm để phát triển hoặc cập nhật kế hoạch phòng ngừa cá nhân hóa, dựa trên các yếu tố rủi ro và sức khỏe hiện tại của quý vị. Việc thăm khám này được đài thọ 12 tháng một lần. Lưu ý: Lần thăm khám sức khỏe hàng năm đầu tiên của quý vị không thể diễn ra trong vòng 12 tháng kể từ lần thăm khám phòng ngừa Chào mừng Đến với Medicare của quý vị. Tuy nhiên, quý vị không cần phải thăm khám Chào mừng Đến với Medicare để được đài thọ cho các lần thăm khám sức khỏe hàng năm, sau khi quý vị đã tham gia Phần B được 12 tháng.	Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho lần khám sức khỏe hàng năm.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p> Đo mật độ xương</p> <p>Đối với những cá nhân đủ điều kiện (nói chung, điều này có nghĩa là những người có nguy cơ mất mật độ xương hoặc có nguy cơ bị loãng xương), các dịch vụ sau đây được đài thọ 24 tháng một lần hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế: các thủ thuật để xác định mật độ xương, phát hiện tình trạng mất xương hoặc xác định chất lượng xương, bao gồm cả sự diễn giải kết quả của bác sĩ.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho xét nghiệm đo mật độ xương được Medicare đài thọ.</p>
<p> Sàng lọc ung thư vú (chụp quang tuyến vú)</p> <p>Các dịch vụ được đài thọ bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none">• Một lần chụp quang tuyến vú cơ bản cho độ tuổi từ 35 đến 39• Chụp quang tuyến vú 12 tháng một lần đối với phụ nữ từ 40 tuổi trở lên• Khám vú lâm sàng 24 tháng một lần	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho chụp quang tuyến vú được đài thọ.</p>
<p>Dịch vụ phục hồi chức năng tim</p> <p>Các chương trình toàn diện về dịch vụ phục hồi chức năng tim, bao gồm tập thể dục, giáo dục và tư vấn, được đài thọ cho các hội viên đáp ứng một số điều kiện nhất định có giấy giới thiệu của bác sĩ. Chương trình này cũng đài thọ các chương trình phục hồi chức năng tim chuyên sâu, thường nghiêm ngặt hơn hoặc có cường độ cao hơn các chương trình phục hồi chức năng tim.</p>	<p>\$0</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p> Thăm khám giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch (điều trị bệnh tim mạch)</p> <p>Chúng tôi đài thọ một lần thăm khám mỗi năm với bác sĩ chăm sóc chính của quý vị, để giúp giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch. Trong lần thăm khám này, bác sĩ có thể thảo luận về việc sử dụng aspirin (nếu thích hợp), kiểm tra huyết áp và cho quý vị những lời khuyên để đảm bảo quý vị đang ăn uống lành mạnh.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho quyền lợi phòng ngừa bệnh tim mạch bằng liệu pháp hành vi chuyên sâu.</p>
<p> Xét nghiệm bệnh tim mạch</p> <p>Xét nghiệm máu để phát hiện bệnh tim mạch (hoặc các bất thường liên quan đến nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao) 5 năm một lần (60 tháng).</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho xét nghiệm bệnh tim mạch được đài thọ 5 năm một lần.</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>CareOregon Advantage CareCard®</p> <p>CareOregon Advantage CareCard (thẻ CareOregon Advantage CareCard) cho phép các hội viên tiếp cận ba loại quyền lợi riêng biệt, được gọi là “ví” trên thẻ thanh toán cho các quyền lợi sau:</p> <ul style="list-style-type: none">● \$1,620 mỗi năm (\$405 mỗi quý) để mua các vật phẩm không theo toa liên quan đến sức khỏe và/hoặc Thực phẩm Tốt cho Sức khỏe.<ul style="list-style-type: none">○ Thẻ CareOregon Advantage CareCard có thể được sử dụng tại một số nhà bán lẻ có tham gia. Để biết chi tiết về quyền lợi, bao gồm danh sách các vật phẩm được đài thọ và không được đài thọ, hãy truy cập trang mạng của chúng tôi tại <i>mybenefitscenter.com</i>● \$1,500 cho các dịch vụ nha khoa bổ sung (xem Dịch vụ Nha khoa trong phần này để biết thêm chi tiết).● Phần thưởng lên tới \$425 kiếm được thông qua việc hoàn thành các ưu đãi lành mạnh đủ điều kiện (xem tài liệu riêng <i>Tóm tắt Quyền lợi</i> để biết thêm thông tin).	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ để sử dụng quyền lợi này.</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p> Sàng lọc ung thư cổ tử cung và âm đạo</p> <p>Các dịch vụ được đài thọ bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dành cho tất cả nữ giới: Xét nghiệm Pap và khám vùng chậu được đài thọ 24 tháng một lần• Nếu quý vị có nguy cơ cao mắc ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo, hoặc quý vị đang trong độ tuổi sinh sản và có kết quả xét nghiệm Pap bất thường trong vòng 3 năm qua: xét nghiệm Pap 12 tháng một lần	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các lần khám Pap và khám vùng chậu phòng ngừa được Medicare đài thọ.</p>
<p>Dịch vụ chỉnh hình</p> <p>Các dịch vụ được đài thọ bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none">• Chúng tôi chỉ đài thọ thao tác nắn chỉnh Thủ công cột sống để điều chỉnh trật khớp nhẹ	<p>\$0</p> <p>QUY TẮC ỦY QUYỀN CÓ THỂ ÁP DỤNG</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị

Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này



Sàng lọc ung thư đại trực tràng



Các xét nghiệm sàng lọc sau đây được đài thọ:

- Nội soi đại tràng không có giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được đài thọ 120 tháng một lần (10 năm) cho những bệnh nhân không có nguy cơ cao, hoặc 48 tháng sau lần sau khi soi đại tràng sigma trước đó cho những bệnh nhân không có nguy cơ cao mắc bệnh ung thư đại trực tràng, và 24 tháng một lần tháng đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao sau khi nội soi sàng lọc trước đó hoặc chụp bari.
- Nội soi đại tràng sigma cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 120 tháng một lần đối với những bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân đã được nội soi sàng lọc. 48 tháng một lần đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao từ lần nội soi đại tràng sigma hoặc chụp bari gần nhất.
- Sàng lọc xét nghiệm máu ẩn trong phân cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 12 tháng một lần.
- Xét nghiệm tìm DNA trong phân dành cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng tiêu chí nguy cơ cao. 3 năm một lần.
- Xét nghiệm Dấu ấn sinh học Dựa trên Máu dành cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng tiêu chí nguy cơ cao. 3 năm một lần.
- Chụp Bari như là một giải pháp thay thế cho nội soi đại tràng, dành cho những bệnh nhân có nguy cơ cao và 24 tháng kể từ lần chụp bari sàng lọc gần nhất hoặc lần nội soi sàng lọc gần nhất.
- Chụp Bari như là một giải pháp thay thế cho nội soi đại tràng sigma, dành cho bệnh nhân không có nguy cơ cao và từ 45 tuổi trở lên. Ít nhất 48 tháng một lần sau lần chụp Bari sàng lọc gần nhất hoặc nội soi đại tràng sigma sàng lọc gần nhất.

Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho lần khám sàng lọc ung thư đại trực tràng được Medicare đài thọ.


Nếu bác sĩ của quý vị phát hiện và loại bỏ một polyp trong quá trình nội soi ruột hoặc nội soi đại tràng sigma, kiểm tra sàng lọc sẽ trở thành kiểm tra chẩn đoán. Hãy xem **Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú và các dịch vụ và vật tư điều trị** để biết thêm thông tin.



Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p> Sàng lọc ung thư đại trực tràng (tiếp)</p> <p>Các xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi sàng lọc theo dõi sau khi xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng dựa trên phân không xâm lấn cho kết quả dương tính được Medicare đài thọ.</p>	
<p>Dịch vụ nha khoa</p> <p>Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (chẳng hạn như làm sạch răng, khám răng định kỳ và chụp X-quang nha khoa) không được Original Medicare đài thọ. Tuy nhiên, Medicare hiện thanh toán cho các dịch vụ nha khoa trong một số trường hợp hạn chế, đặc biệt khi dịch vụ đó là một phần không thể thiếu của quá trình điều trị cụ thể cho tình trạng bệnh lý chính của người thụ hưởng. Một số ví dụ bao gồm tái tạo hàm sau gãy xương hoặc chấn thương, nhổ răng để chuẩn bị xạ trị cho bệnh ung thư liên quan đến hàm, hoặc khám răng miệng trước khi ghép thận. Ngoài ra, chúng tôi đài thọ:</p> <p>Quyền lợi nha khoa bổ sung</p> <p>Các hội viên nhận được \$1,500 mỗi năm vào thẻ CareOregon Advantage CareCard để sử dụng tại bất kỳ phòng khám nào của nhà cung cấp dịch vụ nha khoa.</p> <p>Vui lòng xem Chương 4, Phần 3 về các dịch vụ được Medicaid đài thọ trước khi sử dụng quyền lợi nha khoa bổ sung của quý vị.</p>	<p>Các dịch vụ được Medicare đài thọ:</p> <p>\$0</p> <p>Dịch vụ bổ sung:</p> <p>\$0</p> <p>Đối với các dịch vụ nha khoa bổ sung, quý vị bị giới hạn số tiền trợ cấp là \$1,500 mỗi năm trong CareCard của mình.</p>
<p> Sàng lọc trầm cảm</p> <p>Chúng tôi đài thọ một lần khám sàng lọc bệnh trầm cảm mỗi năm. Việc sàng lọc phải được thực hiện tại cơ sở chăm sóc ban đầu, có thể cung cấp phương pháp điều trị tiếp theo và/hoặc giấy giới thiệu.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho lần khám sàng lọc trầm cảm hàng năm.</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p> Sàng lọc bệnh tiểu đường</p> <p>Chúng tôi đài thọ cho việc khám sàng lọc này (bao gồm xét nghiệm đường huyết lúc đói) nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây: huyết áp cao (tăng huyết áp), tiền sử có mức cholesterol và chất béo trung tính bất thường (rối loạn lipid máu), béo phì hoặc có tiền sử lượng đường trong máu cao (glucose). Các xét nghiệm cũng có thể được đài thọ nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu khác, như thừa cân và có tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường.</p> <p>Dựa trên kết quả của những xét nghiệm này, quý vị có thể đủ điều kiện được khám sàng lọc bệnh tiểu đường lên đến hai lần cho mỗi 12 tháng.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường được Medicare đài thọ.</p>
<p> Đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường, dịch vụ và vật tư cho bệnh tiểu đường</p> <p>Dành cho tất cả những người mắc bệnh tiểu đường (người sử dụng insulin và không dùng insulin). Các dịch vụ được đài thọ bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none">• Các vật phẩm để theo dõi đường huyết của quý vị: Máy theo dõi đường huyết, que thử đường huyết, thiết bị kim và lưỡi trích, và các giải pháp kiểm soát đường huyết để kiểm tra độ chính xác của que thử và máy theo dõi.• Dành cho những người mắc bệnh tiểu đường bị bệnh bàn chân do tiểu đường nặng: Mỗi năm dương lịch một đôi giày đúc theo yêu cầu trị liệu (bao gồm cả miếng lót đi kèm với những đôi giày này) và hai đôi miếng lót bổ sung, hoặc một đôi giày sâu và ba đôi miếng lót (không bao gồm miếng lót có thể tháo rời không tùy chỉnh được cung cấp cùng với những đôi giày này). Bảo hiểm bao gồm thử trước.• Đào tạo tự quản lý bệnh tiểu đường được đài thọ theo một số điều kiện nhất định.	<p>\$0</p> <p>QUY TẮC ỦY QUYỀN CÓ THỂ ÁP DỤNG</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Thiết bị y tế lâu bền (DME) và các vật tư liên quan</p> <p>(Để biết định nghĩa về thiết bị y tế lâu bền, hãy xem Chương 12 cũng như Chương 3, Phần 7 của tài liệu này.)</p> <p>Các vật phẩm được đài thọ bao gồm, nhưng không chỉ gồm: xe lăn, nạng, hệ thống đệm điện, vật tư dành cho bệnh nhân tiểu đường, giường bệnh do nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng tại nhà, máy bơm truyền dịch IV, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị oxy, máy phun khí dung và khung tập đi.</p> <p>Chúng tôi đài thọ tất cả các DME cần thiết về mặt y tế được Original Medicare đài thọ. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi trong khu vực của quý vị không có thương hiệu hoặc nhà sản xuất cụ thể, quý vị có thể hỏi xem các nhà cung cấp có thể đặt hàng đặc biệt cho quý vị không. Danh sách các nhà cung cấp mới nhất có sẵn trên trang mạng của chúng tôi tại careoregonadvantage.org/providersearch.</p>	<p>\$0</p> <p>Khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho bảo hiểm thiết bị oxy của Medicare là \$0, mỗi tháng.</p> <p>Khoản chia sẻ chi phí của quý vị sẽ không thay đổi sau khi ghi danh trong 36 tháng.</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Chăm sóc khẩn cấp</p> <p>Chăm sóc khẩn cấp đề cập đến các dịch vụ:</p> <ul style="list-style-type: none">• Được cung cấp bởi một nhà cung cấp đủ điều kiện để cung cấp các dịch vụ khẩn cấp, và• Cần thiết để đánh giá hoặc ổn định tình trạng y tế khẩn cấp. <p>Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị, hoặc bất kỳ người bình thường cần trọng nào có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học, cho rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa tử vong (và, nếu quý vị là phụ nữ mang thai, ngăn ngừa mất thai nhi), mất một chi hoặc mất chức năng của một chi. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh, chấn thương, cơn đau dữ dội hoặc tình trạng bệnh lý đang nhanh chóng chuyển biến xấu.</p> <p>Khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ khẩn cấp cần thiết được cung cấp ngoài mạng lưới cũng giống như đối với các dịch vụ được cung cấp trong mạng lưới.</p> <p>Không được đài thọ bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ, ngoại trừ một số trường hợp hạn chế. Liên hệ chương trình để biết thêm chi tiết.</p>	<p>\$0</p> <p>Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp tại bệnh viện ngoài mạng lưới và cần chăm sóc nội trú sau khi tình trạng khẩn cấp của quý vị ổn định, quý vị phải quay lại bệnh viện trong mạng lưới để dịch vụ chăm sóc của quý vị tiếp tục được đài thọ.</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p> Chương trình giáo dục sức khỏe và thể chất</p> <ul style="list-style-type: none">• Đường dây Cố vấn Y tá: 866-209-0905 (Làm việc 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần).• The Silver&Fit Healthy Aging and Exercise Program (Chương trình Thể dục và Lão hóa Khỏe mạnh Silver&Fit): Với tư cách là hội viên Silver&Fit, quý vị có sẵn các tùy chọn sau miễn phí:<ul style="list-style-type: none">○ Hội viên Trung tâm Thể hình: Quý vị có thể đến các trung tâm thể hình đang tham gia hoặc YMCA ở gần để tham gia chương trình.○ Bộ dụng cụ Tập thể dục Tại nhà: Quý vị đủ điều kiện nhận một Bộ dụng cụ Tập thể dục Tại nhà cho mỗi năm hưởng quyền lợi từ nhiều danh mục tập thể dục khác nhau.○ Kế hoạch Tập luyện: Bằng cách trả lời một số câu hỏi trực tuyến về lĩnh vực mình quan tâm, quý vị sẽ nhận được kế hoạch tập luyện tùy chỉnh, bao gồm hướng dẫn về cách bắt đầu và các video tập luyện được đề xuất.○ Tập luyện Kỹ thuật số: Quý vị có thể xem các video theo yêu cầu thông qua thư viện bài tập kỹ thuật số của trang mạng, bao gồm Silver&Fit Signature Series Classes (Lớp Silver&Fit Signature Series).○ FitnessCoach Virtual Personal Fitness Training (Huấn luyện Thể hình Cá nhân Ảo FitnessCoach): Quý vị có thể tham gia tối đa 8 buổi học ảo phát trực tiếp mỗi năm với huấn luyện viên thể hình cá nhân đã được chứng nhận.	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các chương trình này.</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p> Chương trình giáo dục sức khỏe và thể chất (tiếp)</p> <ul style="list-style-type: none">○ Các dịch vụ hội viên không chuẩn có tính phí bổ sung, không thuộc chương trình Silver&Fit và sẽ không được hoàn tiền.○ Có thể có các giới hạn và hạn chế. Các cơ sở và chuỗi phòng tập thể hình tham gia có thể khác nhau tùy theo địa điểm, và có thể thay đổi. Các bộ dụng cụ và phần thưởng có thể thay đổi.	
<p>Dịch vụ trợ thính</p> <p>Đánh giá chẩn đoán thính giác và thăng bằng do nhà cung cấp dịch vụ của quý vị thực hiện, để xác định xem quý vị có cần điều trị y tế hay không, sẽ được đài thọ dưới dạng chăm sóc ngoại trú khi được cung cấp bởi bác sĩ, nhà thính học hoặc nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn khác.</p>	<p>\$0</p>
<p> Sàng lọc HIV</p> <p>Đối với những người yêu cầu xét nghiệm sàng lọc HIV hoặc những người có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn, chúng tôi đài thọ:</p> <ul style="list-style-type: none">• Một lần khám sàng lọc 12 tháng một lần <p>Đối với phụ nữ đang mang thai, chúng tôi đài thọ:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tối đa ba lần khám sàng lọc trong thai kỳ	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các hội viên đủ điều kiện sàng lọc HIV phòng ngừa được Medicare đài thọ.</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
Cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà	
<p>Trước khi nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, bác sĩ phải xác nhận rằng quý vị cần các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà và sẽ yêu cầu cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà. Quý vị phải ở nhà, điều đó có nghĩa việc rời khỏi nhà là điều khó khăn.</p>	\$0
<p>Các dịch vụ được đài thọ bao gồm, nhưng không chỉ gồm:</p>	
<ul style="list-style-type: none">• Các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và hỗ trợ sức khỏe tại nhà bán thời gian hoặc gián đoạn (Để được đài thọ theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và hỗ trợ sức khỏe tại nhà của quý vị phải có tổng thời gian ít hơn 8 giờ mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần)• Vật lý trị liệu, trị liệu bằng vật lý và trị liệu ngôn ngữ• Dịch vụ y tế và xã hội• Thiết bị và vật tư y tế	

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
Liệu pháp tiêm truyền tại nhà	
Liệu pháp tiêm truyền tại nhà bao gồm việc tiêm thuốc hoặc sinh phẩm vào tĩnh mạch hoặc dưới da cho một cá nhân tại nhà. Các yếu tố cần thiết để thực hiện tiêm truyền tại nhà bao gồm thuốc (ví dụ, thuốc kháng vi-rút, globulin miễn dịch), thiết bị (ví dụ, máy bơm) và vật tư (ví dụ, ống truyền và ống thông).	\$0
Các dịch vụ được đài thọ bao gồm, nhưng không chỉ gồm:	QUY TẮC ỦY QUYỀN CÓ THỂ ÁP DỤNG
<ul style="list-style-type: none">• Các dịch vụ chuyên môn, bao gồm cả dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp theo kế hoạch chăm sóc• Đào tạo và giáo dục bệnh nhân không được đài thọ theo quyền lợi thiết bị y tế lâu bền• Giám sát từ xa• Dịch vụ giám sát việc cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà và thuốc tiêm truyền tại nhà, do nhà cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà đủ tiêu chuẩn cung cấp	

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Chăm sóc cuối đời</p> <p>Quý vị đủ điều kiện nhận quyền lợi chăm sóc cuối đời khi bác sĩ và giám đốc y tế của nhà an dưỡng cuối đời đưa ra cho quý vị tiên lượng giai đoạn cuối, xác nhận rằng quý vị mắc bệnh nan y và chỉ còn sống được 6 tháng hoặc ít hơn, nếu bệnh của quý vị diễn biến bình thường. Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Chương trình của quý vị có nghĩa vụ giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực dịch vụ của chương trình, bao gồm cả các chương trình mà tổ chức MA sở hữu, kiểm soát hoặc có lợi ích tài chính. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của quý vị có thể là nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc ngoài mạng lưới.</p> <p>Các dịch vụ được đài thọ bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none">• Thuốc kiểm soát triệu chứng và giảm đau• Chăm sóc thay thế ngắn hạn• Chăm sóc tại nhà <p><u>Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B đài thọ và liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị:</u> Original Medicare (không phải chương trình của chúng tôi) sẽ thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị. Khi quý vị tham gia chương trình chăm sóc cuối đời, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị sẽ gửi hóa đơn cho Original Medicare đối với các dịch vụ mà Original Medicare thanh toán. Quý vị sẽ được tính hóa đơn cho khoản chia sẻ chi phí Original Medicare.</p>	<p>Khi quý vị ghi danh tham gia một chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận, các dịch vụ chăm sóc cuối đời cũng như các dịch vụ Phần A và Phần B liên quan đến tiên lượng bệnh giai đoạn cuối của quý vị sẽ được Original Medicare thanh toán, không phải CareOregon Advantage Plus.</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị

Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này


Chăm sóc cuối đời (tiếp)

Đối với các dịch vụ được Medicare Phần A hoặc B đài thọ và không liên quan đến tiền lương giai đoạn cuối của quý vị: Nếu quý vị cần các dịch vụ không khẩn cấp, dịch vụ không cần thiết khẩn cấp được đài thọ theo Medicare Phần A hoặc B và không liên quan đến tiền lương giai đoạn cuối của quý vị, chi phí của quý vị cho các dịch vụ này tùy thuộc vào việc quý vị có sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình của chúng tôi và tuân theo các quy tắc của chương trình hay không (chẳng hạn như nếu có yêu cầu phải ủy quyền trước).

- Nếu quý vị nhận các dịch vụ được đài thọ từ một nhà cung cấp trong mạng lưới và tuân theo các quy tắc của chương trình để nhận dịch vụ, quý vị chỉ phải trả khoản chia sẻ chi phí của chương trình cho các dịch vụ trong mạng lưới
- Nếu quý vị nhận các dịch vụ được đài thọ từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị sẽ thanh toán khoản chia sẻ chi phí theo Medicare Phí Dịch vụ (Original Medicare)

Đối với các dịch vụ được đài thọ bởi CareOregon Advantage Plus nhưng không được Medicare Phần A hoặc B đài thọ: CareOregon Advantage Plus sẽ tiếp tục đài thọ các dịch vụ được chương trình đài thọ nhưng không được đài thọ theo Phần A hoặc B, cho dù dịch vụ có liên quan đến tiền lương giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị thanh toán khoản chia sẻ chi phí của chương trình cho các dịch vụ này.

Đối với các loại thuốc có thể được quyền lợi Phần D của chương trình đài thọ: Nếu những loại thuốc này không liên quan đến tình trạng chăm sóc cuối đời của quý vị, quý vị sẽ phải trả khoản chia sẻ chi phí. Nếu thuốc có liên quan đến tình trạng chăm sóc cuối đời của quý vị, thì quý vị phải trả khoản chia sẻ chi phí Original Medicare. Thuốc không bao giờ được đài thọ bởi chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi cùng một lúc. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5, Phần 9.4 (Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị ở trong cơ sở chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận).

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Chăm sóc cuối đời (tiếp)</p> <p>Lưu ý: Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải chăm sóc cuối đời (chăm sóc không liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị), quý vị nên liên hệ với chúng tôi để sắp xếp dịch vụ.</p> <p>Chương trình của chúng tôi đài thọ các dịch vụ tư vấn về chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho những người mắc bệnh giai đoạn cuối chưa lựa chọn quyền lợi chăm sóc cuối đời.</p>	
<p> Chủng ngừa</p> <p>Các dịch vụ Medicare Phần B được đài thọ bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vắc-xin viêm phổi• Tiêm phòng cúm, mỗi mùa cúm tiêm một lần vào mùa thu và mùa đông, cùng với các mũi tiêm phòng cúm bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế• Vắc-xin Viêm gan B nếu quý vị có nguy cơ mắc Viêm gan B cao hoặc trung bình• Vắc-xin COVID-19• Các loại vắc xin khác nếu quý vị có nguy cơ mắc bệnh và vắc-xin đáp ứng các quy tắc bảo hiểm của Medicare Phần B <p>Chúng tôi cũng đài thọ cho một số loại vắc xin theo quyền lợi thuốc theo toa Phần D của chúng tôi.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ đối với vắc xin viêm phổi, cúm, Viêm gan B và COVID-19.</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Dịch vụ Hỗ trợ Tại nhà</p> <p>Tối đa chín mươi (90) giờ thăm khám tại nhà mỗi năm với Papa Pals. Quyền lợi này hỗ trợ các hội viên với các Hoạt động Quan trọng trong Cuộc sống Hàng ngày của họ, chẳng hạn như vận chuyển hàng tạp hóa, chuẩn bị thức ăn, quản lý tài chính và quản lý thuốc. Nhân viên hỗ trợ cũng có thể đáp ứng nhu cầu hỗ trợ công nghệ, hỗ trợ tiếp cận các quyền lợi của hội viên (chẳng hạn như kích hoạt CareCards, lên lịch đưa đón y tế không khẩn cấp, v.v.) và hỗ trợ các nhu cầu xã hội.</p> <p>Chúng tôi cũng đài thọ một số loại vắc-xin theo quyền lợi thuốc theo toa Phần D của chúng tôi</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho dịch vụ này.</p>



Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
Chăm sóc nội trú tại bệnh viện	\$0
<p>Bao gồm các bệnh viện cấp tính nội trú, phục hồi chức năng nội trú, chăm sóc dài hạn và các loại dịch vụ bệnh viện nội trú khác. Dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện bắt đầu từ ngày quý vị chính thức nhập viện theo lệnh của bác sĩ. Ngày trước khi quý vị xuất viện là ngày nội trú cuối cùng của quý vị.</p>	
<p>các dịch vụ bao gồm nhưng không chỉ gồm:</p>	
<ul style="list-style-type: none">• Phòng bán riêng (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế)• Các bữa ăn bao gồm chế độ ăn đặc biệt• Dịch vụ điều dưỡng thường xuyên• Chi phí của các đơn vị chăm sóc đặc biệt (như đơn vị chăm sóc tích cực hoặc chăm sóc mạch vành)• Thuốc• Xét nghiệm• Chụp X-quang và các dịch vụ chụp chiếu khác• Vật tư y tế và phẫu thuật cần thiết• Sử dụng các thiết bị, ví dụ như xe lăn• Chi phí phòng phẫu thuật và phòng hồi sức• Trị liệu vật lý, bằng vật lý và ngôn ngữ• Dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện nội trú	

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Chăm sóc nội trú tại bệnh viện (tiếp)</p> <ul style="list-style-type: none">• Trong một số điều kiện nhất định, các loại cấy ghép sau đây được đài thọ: giác mạc, thận, thận-tuyến tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và ruột/đa nội tạng. Nếu quý vị cần cấy ghép, chúng tôi sẽ sắp xếp để trường hợp của quý vị được xem xét bởi một trung tâm cấy ghép được Medicare phê duyệt, để quyết định xem quý vị có phải là ứng viên cho việc cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở địa phương hoặc ở bên ngoài khu vực dịch vụ. Nếu các dịch vụ cấy ghép trong mạng lưới của chúng tôi nằm ngoài mô hình chăm sóc của cộng đồng, quý vị có thể chọn đến các địa điểm ở địa phương, miễn là các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép tại địa phương sẵn sàng chấp nhận mức giá của Original Medicare. Nếu CareOregon Advantage Plus cung cấp dịch vụ cấy ghép tại một địa điểm nằm ngoài mô hình chăm sóc cấy ghép trong cộng đồng của quý vị, và quý vị chọn nhận cấy ghép tại địa điểm ở xa này, chúng tôi sẽ sắp xếp hoặc thanh toán chi phí chỗ ở và đưa đón phù hợp cho quý vị và người đi cùng.• Máu - bao gồm việc lưu trữ và quản lý. Bảo hiểm máu toàn phần và hồng cầu đặc bắt đầu từ pint máu đầu tiên mà quý vị cần.• Dịch vụ bác sĩ <p>Lưu ý: Để trở thành bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp dịch vụ của quý vị phải viết lệnh chính thức tiếp nhận quý vị là bệnh nhân nội trú của bệnh viện. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc chắn mình là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện.</p> <p>Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare có tên là <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient (Quý vị là Bệnh nhân Nội trú hay Ngoại trú)? If You Have Medicare – Ask (Nếu Quý vị Có Medicare - Hãy Hỏi)! Tờ thông tin có sẵn trên trang mạng tại địa chỉ medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc bằng cách gọi tới số 800-MEDICARE (800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần.</i></p>	<p>Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc nội trú được ủy quyền tại một bệnh viện ngoài mạng lưới, sau khi tình trạng khẩn cấp của quý vị ổn định, chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí quý vị sẽ phải trả tại bệnh viện trong mạng lưới.</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần</p> <p>Các dịch vụ được đài thọ bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần yêu cầu phải nằm viện, chúng tôi đài thọ lên tới 190 ngày trong đời đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú tại bệnh viện tâm thần. Giới hạn chăm sóc nội trú tại bệnh viện áp dụng cho các dịch vụ tâm thần nội trú được cung cấp tại bệnh viện đa khoa.</p> <p>Lưu ý: Giai đoạn hưởng quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú, và kết thúc khi quý vị không nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc nội trú nào (hoặc chăm sóc chuyên môn tại SNF) trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị vào bệnh viện hoặc SNF sau khi một giai đoạn hưởng quyền lợi đã kết thúc, thì một giai đoạn hưởng quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Quý vị phải chi trả khoản khấu trừ bệnh viện nội trú cho mỗi giai đoạn hưởng quyền lợi. Không có giới hạn về số giai đoạn hưởng quyền lợi.</p>	<p>NGOẠI TRỪ TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP, QUY TẮC ỦY QUYỀN CÓ THỂ ÁP DỤNG</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được đài thọ tại bệnh viện hoặc SNF trong thời gian nằm viện nội trú không được đài thọ</p> <p>Nếu quý vị đã sử dụng hết các quyền lợi nội trú, hoặc nếu việc nằm viện nội trú không hợp lý và cần thiết, chúng tôi sẽ không đài thọ cho thời gian nằm viện nội trú của quý vị. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ đài thọ cho một số dịch vụ nhất định mà quý vị nhận khi ở bệnh viện hoặc Skilled Nursing Facility (SNF, Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn). Các dịch vụ được đài thọ bao gồm nhưng không chỉ gồm:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dịch vụ bác sĩ• Xét nghiệm chẩn đoán (như xét nghiệm trong phòng thí nghiệm)• Liệu pháp X-quang, radium và đồng vị bao gồm các tài liệu và dịch vụ của kỹ thuật viên• Băng phẫu thuật• Nẹp, bó bột và các thiết bị khác dùng để giảm gãy xương và trật khớp	<p>Đối với mỗi dịch vụ, hãy xem các phần tương ứng trong Bảng Quyền lợi này để biết các quyền lợi, quy tắc và hạn chế.</p> <p>Xem các dịch vụ của Bác sĩ/Bác sĩ hành nghề, thăm khám tại phòng khám PCP hoặc Bác sĩ chuyên khoa</p> <p>Xem Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú và các dịch vụ và vật tư điều trị</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được đài thọ tại bệnh viện hoặc SNF trong thời gian nằm viện nội trú không được đài thọ (tiếp)</p> <ul style="list-style-type: none">• Các bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình (trừ nha khoa) thay thế toàn bộ hoặc một phần cơ quan bên trong cơ thể (bao gồm cả mô liên kết), hoặc toàn bộ hoặc một phần chức năng của một cơ quan bên trong cơ thể mà không hoạt động vĩnh viễn hoặc mất chức năng, bao gồm cả việc thay thế hoặc sửa chữa các thiết bị này• Nẹp chân, tay, lưng và cổ; giàn; và chân, tay và mắt nhân tạo bao gồm các điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết do bị gãy, hao mòn, mất mát hoặc thay đổi tình trạng thể chất của bệnh nhân• Vật lý trị liệu, trị liệu ngôn ngữ và trị liệu bằng vật lý	<p>Xem Thiết bị giả và vật tư liên quan</p> <p>Xem Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú</p>
<p>Chương trình giao bữa ăn (chỉ dành cho sau khi xuất viện)</p> <p>Sau khi xuất viện sau thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện, trại cai nghiện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, quý vị đủ điều kiện nhận các bữa ăn được giao đến nhà trong tối đa 28 ngày (tối đa 56 bữa ăn hoặc hai bữa ăn mỗi ngày). Cần có sự giới thiệu.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho quyền lợi chương trình giao bữa ăn.</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p> Liệu pháp dinh dưỡng y tế</p> <p>Quyền lợi này dành cho những người mắc bệnh tiểu đường, bệnh thận (nhưng không phải lọc máu) hoặc sau khi ghép thận khi được bác sĩ giới thiệu.</p> <p>Chúng tôi đài thọ 3 giờ nhận dịch vụ tư vấn trực tiếp một-một trong năm đầu tiên quý vị nhận các dịch vụ trị liệu dinh dưỡng y tế theo Medicare (bao gồm chương trình của chúng tôi, bất kỳ chương trình Medicare Advantage nào khác hoặc Original Medicare), và 2 giờ cho mỗi năm sau đó. Nếu tình trạng, việc điều trị hoặc chẩn đoán của quý vị thay đổi, quý vị có thể nhận nhiều giờ điều trị hơn nếu có sự giới thiệu của bác sĩ. Bác sĩ phải kê toa các dịch vụ này và gia hạn giấy giới thiệu hàng năm nếu việc điều trị của quý vị cần tiếp tục sang năm lịch tiếp theo.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các hội viên đủ điều kiện nhận các dịch vụ trị liệu dinh dưỡng y tế được Medicare đài thọ.</p>
<p> Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP, Chương trình Phòng chống Bệnh tiểu đường Medicare)</p> <p>Các dịch vụ MDPP sẽ được đài thọ cho những người thụ hưởng Medicare đủ điều kiện theo tất cả các chương trình chăm sóc sức khỏe của Medicare.</p> <p>MDPP là một biện pháp can thiệp thay đổi hành vi sức khỏe có cấu trúc, nhằm cung cấp đào tạo thực tế về thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, tăng cường hoạt động thể chất và các chiến lược giải quyết vấn đề để vượt qua các thách thức nhằm duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho quyền lợi MDPP.</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
Thuốc theo toa Medicare Phần B	<p>\$0</p> <p>QUY TẮC ỦY QUYỀN CÓ THỂ ÁP DỤNG</p> <p>Một số loại thuốc được tiêm hoặc truyền trong khi quý vị đang được chăm sóc bởi bác sĩ, trung tâm ngoại trú của bệnh viện hoặc trung tâm chăm sóc phẫu thuật cấp cứu, phải tuân theo các quy tắc trị liệu từng bước.</p>


Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị

Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này

Những loại thuốc này được đài thọ theo Phần B của Original Medicare. Các hội viên trong chương trình của chúng tôi được đài thọ cho các loại thuốc này thông qua chương trình của chúng tôi. Các thuốc được đài thọ bao gồm:

- Các loại thuốc thường không do bệnh nhân tự sử dụng, và được tiêm hoặc truyền trong khi quý vị nhận các dịch vụ của bác sĩ, bệnh viện ngoại trú hoặc trung tâm phẫu thuật cấp cứu
- Insulin được cung cấp thông qua một vật phẩm thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như máy bơm insulin cần thiết về mặt y tế)
- Các loại thuốc khác mà quý vị dùng bằng cách sử dụng thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như máy phun khí dung) đã được chương trình cho phép
- Các yếu tố đông máu quý vị tự tiêm nếu quý vị mắc bệnh máu khó đông
- Thuốc ức chế miễn dịch, nếu quý vị đã ghi danh Medicare Phần A tại thời điểm cấy ghép nội tạng
- Thuốc trị loãng xương dạng tiêm, nếu quý vị chỉ có thể ở nhà, bị gãy xương mà bác sĩ chúng nhận có liên quan đến chứng loãng xương sau mãn kinh, và không thể tự dùng thuốc
- Kháng nguyên
- Một số loại thuốc chống ung thư và thuốc chống buồn nôn đường uống
- Một số loại thuốc dùng để lọc máu tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc cho heparin khi cần thiết về mặt y tế, thuốc gây tê tại chỗ và thuốc kích thích tạo hồng cầu (như Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp, hoặc Darbepoetin Alfa)
- Intravenous Immune Globulin (Globulin Miễn dịch Tiêm tĩnh mạch) để điều trị tại nhà các bệnh suy giảm miễn dịch nguyên phát

Truy cập careoregonadvantage.org/druglist để xem danh sách Thuốc Phần B có thể áp dụng Trị liệu Từng bước.

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Chúng tôi cũng đài thọ một số loại vắc xin theo quyền lợi thuốc theo toa Phần B và Phần D của chúng tôi.</p> <p>Chương 5 giải thích quyền lợi thuốc theo toa Phần D, bao gồm các quy tắc quý vị phải tuân thủ để được đài thọ thuốc theo toa. Những phần quý vị cần chi trả cho thuốc theo toa Phần D thông qua chương trình của chúng tôi được giải thích trong Chương 6.</p>	
<p> Sàng lọc và liệu pháp điều trị béo phì để thúc đẩy giảm cân bền vững</p> <p>Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên, chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ tư vấn chuyên sâu để giúp quý vị giảm cân. Việc tư vấn này sẽ được đài thọ nếu quý vị nhận tư vấn ở cơ sở chăm sóc chính, nơi tư vấn có thể được điều phối với kế hoạch phòng ngừa toàn diện của quý vị. Trao đổi với bác sĩ hành nghề hoặc bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho việc sàng lọc và liệu pháp điều trị phòng ngừa bệnh béo phì.</p>
<p>Dịch vụ chương trình điều trị opioid</p> <p>Các hội viên trong chương trình của chúng tôi mắc chứng Opioid Use Disorder (OUD, Chứng Rối loạn Sử dụng Opioid) có thể được đài thọ cho các dịch vụ điều trị OUD thông qua Opioid Treatment Program (OTP, Chương trình Điều trị Opioid) bao gồm các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none">• Thuốc chủ vận và thuốc đối kháng opioid-Medication-Assisted Treatment (MAT, Thuốc Hỗ trợ Điều trị) được U.S. Food and Drug Administration (FDA, Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ) phê duyệt• Phân phối và quản lý thuốc MAT (nếu có)• Tư vấn việc sử dụng chất gây nghiện• Trị liệu cá nhân và theo nhóm• Xét nghiệm độc chất• Hoạt động tiêu thụ• Đánh giá định kỳ	<p>\$0</p> <p>QUY TẮC ỦY QUYỀN CÓ THỂ ÁP DỤNG</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú và các dịch vụ và vật tư điều trị</p> <p>Các dịch vụ được đài thọ bao gồm, nhưng không chỉ gồm:</p> <ul style="list-style-type: none">• Chụp X-quang• Liệu pháp bức xạ (radium và đồng vị) bao gồm vật liệu và vật tư của kỹ thuật viên• Vật tư phẫu thuật, chẳng hạn như băng• Nẹp, bó bột và các thiết bị khác dùng để giảm gãy xương và trật khớp• Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm• Máu - bao gồm việc lưu trữ và quản lý. Bảo hiểm máu toàn phần và hồng cầu đặc bắt đầu từ pint máu đầu tiên mà quý vị cần.• Các xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú khác	<p>\$0</p> <p>QUY TẮC ỦY QUYỀN CÓ THỂ ÁP DỤNG</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Theo dõi bệnh viện ngoại trú</p> <p>Dịch vụ theo dõi là các dịch vụ ngoại trú của bệnh viện được cung cấp để xác định xem quý vị cần nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú hay có thể xuất viện.</p> <p>Để được đài thọ, các dịch vụ theo dõi tại bệnh viện ngoại trú phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare và được coi là hợp lý và cần thiết. Dịch vụ theo dõi chỉ được đài thọ khi được cung cấp theo lệnh của bác sĩ, hoặc cá nhân khác được ủy quyền theo luật cấp phép của tiểu bang và quy định của nhân viên bệnh viện để cho phép bệnh nhân nhập viện hoặc yêu cầu xét nghiệm ngoại trú.</p> <p>Lưu ý: Nếu nhà cung cấp không có lệnh bằng văn bản cho phép quý vị nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú, quý vị là bệnh nhân ngoại trú và thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ bệnh viện ngoại trú. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc mình có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện.</p> <p>Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare có tên là <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient (Quý vị là Bệnh nhân Nội trú hay Ngoại trú)? If You Have Medicare – Ask (Nếu Quý vị Có Medicare - Hãy Hỏi)!</i> Tờ thông tin có sẵn trên trang mạng theo địa chỉ medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc gọi tới số 800-MEDICARE (800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần.</p>	<p>\$0</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Dịch vụ bệnh viện ngoại trú</p> <p>Chúng tôi đài thọ các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận tại khoa ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh tật hoặc thương tích.</p> <p>Lưu ý: Nếu nhà cung cấp không có lệnh bằng văn bản cho phép quý vị nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú, quý vị là bệnh nhân ngoại trú và thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ bệnh viện ngoại trú. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc mình có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, quý vị nên hỏi nhân viên bệnh viện.</p> <p>Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare có tên là <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient (Quý vị là Bệnh nhân Nội trú hay Ngoại trú)? If You Have Medicare – Ask (Nếu Quý vị Có Medicare - Hãy Hỏi)! Tờ thông tin có sẵn trên trang mạng tại địa chỉ medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf hoặc bằng cách gọi tới số 800-MEDICARE (800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 877-486-2048. Quý vị có thể gọi những số này miễn phí, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần.</i></p> <p>Các dịch vụ được đài thọ bao gồm, nhưng không chỉ gồm:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dịch vụ tại khoa cấp cứu• Dịch vụ tại phòng khám ngoại trú, chẳng hạn như dịch vụ theo dõi hoặc phẫu thuật ngoại trú	<p>Đối với mỗi dịch vụ, hãy xem các phần tương ứng trong Bảng Quyền lợi để biết các quy định và hạn chế của quyền lợi.</p> <p>QUY TẮC ỦY QUYỀN CÓ THỂ ÁP DỤNG</p> <p>Xem Chăm sóc Khẩn cấp</p> <p>Phòng khám Ngoại trú: Xem Dịch vụ Bác sĩ/Bác sĩ hành nghề</p> <p>Theo dõi hoặc Phẫu thuật Ngoại trú: Xem Phẫu thuật Ngoại trú</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Dịch vụ bệnh viện ngoại trú (tiếp)</p> <ul style="list-style-type: none">• Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm và xét nghiệm chẩn đoán do bệnh viện lập hóa đơn• Chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm chăm sóc trong chương trình nhập viện một phần, nếu bác sĩ chứng nhận rằng cần phải điều trị nội trú nếu không có chương trình ngoại trú• Chụp X-quang và các dịch vụ chụp chiếu khác do bệnh viện lập hóa đơn• Vật tư y tế như nẹp và bó bột• Một số loại thuốc và sinh phẩm mà quý vị không thể tự sử dụng	<p>Xem Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú và các dịch vụ và vật tư điều trị</p> <p>Chăm sóc Sức khỏe Tâm thần: Xem Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú</p> <p>Nhập viện Một phần: Xem Dịch vụ nhập viện một phần</p> <p>Xem Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú và các dịch vụ và vật tư điều trị</p> <p>Xem Thuốc theo toa Medicare Phần B</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú</p> <p>Các dịch vụ được đài thọ bao gồm:</p> <p>Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ do tiểu bang cấp phép, nhà tâm lý học lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng, chuyên gia y tá lâm sàng, Licensed Professional Counselor (LPC, Cố vấn Chuyên môn Được Cấp Phép), Licensed Marriage and Family Therapist (LMFT, Nhà Trị liệu Hôn nhân và Gia đình Được Cấp Phép), Nurse Practitioner (NP, Y tá Hành nghề), trợ lý bác sĩ (PA), hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần đủ tiêu chuẩn của Medicare khác được luật pháp hiện hành của tiểu bang cho phép.</p>	<p>Trong Mạng lưới:</p> <p>\$0</p> <p>Ngoài Mạng lưới:</p> <p>\$0</p> <p>Có hạn mức cho số tiền mà chương trình của chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ Ngoài Mạng lưới. Để biết thêm thông tin, hãy xem phần Điểm Dịch vụ trong bảng Quyền lợi này.</p>
<p>Dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú</p> <p>Các dịch vụ được đài thọ bao gồm: vật lý trị liệu, trị liệu bằng vật lý và trị liệu ngôn ngữ nói.</p> <p>Các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú được cung cấp ở nhiều cơ sở ngoại trú khác nhau, chẳng hạn như khoa ngoại trú của bệnh viện, phòng khám trị liệu độc lập và Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities (CORF).</p>	<p>\$0</p> <p>QUY TẮC ỦY QUYỀN CÓ THỂ ÁP DỤNG</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
Dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện ngoại trú Quý vị được đài thọ cho các dịch vụ và vật tư để điều trị tình trạng phụ thuộc vào hóa chất trong môi trường ngoại trú (liệu pháp cá nhân hoặc theo nhóm).	\$0
Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật cấp cứu Lưu ý: Nếu quý vị sắp phẫu thuật tại cơ sở bệnh viện, quý vị nên kiểm tra với nhà cung cấp dịch vụ của mình xem quý vị sẽ là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú. Nếu nhà cung cấp không có lệnh bằng văn bản cho phép quý vị nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú, quý vị là bệnh nhân ngoại trú và thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho phẫu thuật ngoại trú. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú.	\$0 QUY TẮC ỦY QUYỀN CÓ THỂ ÁP DỤNG

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Dịch vụ nhập viện một phần và Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu</p> <p>Nhập viện một phần là một chương trình có cấu trúc về điều trị tâm thần tích cực, được cung cấp dưới dạng dịch vụ ngoại trú của bệnh viện hoặc do trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng cung cấp, có cường độ chăm sóc cao hơn so với dịch vụ chăm sóc tại phòng khám của bác sĩ hoặc nhà trị liệu của quý vị, và là một giải pháp thay thế cho việc nhập viện nội trú.</p> <p>Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu là một chương trình có cấu trúc về điều trị sức khỏe hành vi (tâm thần) tích cực, được cung cấp tại khoa ngoại trú của bệnh viện, trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, trung tâm y tế đủ tiêu chuẩn Liên bang hoặc phòng khám y tế nông thôn, có cường độ chăm sóc cao hơn so với dịch vụ chăm sóc tại phòng khám của bác sĩ hoặc nhà trị liệu của quý vị, nhưng ít căng thẳng hơn so với nhập viện một phần.</p>	<p>\$0</p> <p>QUY TẮC ỦY QUYỀN CÓ THỂ ÁP DỤNG</p>
<p>Personal Emergency Response System (PERS, Hệ thống Ứng phó Khẩn cấp Cá nhân)</p> <p>Thiết bị hệ thống cảnh báo y tế đeo trên người, cung cấp khả năng giám sát 24/7 ở hầu hết các địa điểm nhận dịch vụ di động. Các hội viên không cần phải có dịch vụ di động riêng để sử dụng quyền lợi này.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho quyền lợi này.</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị

Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này

Dịch vụ Bác sĩ/Bác sĩ hành nghề, bao gồm cả thăm khám tại phòng khám bác sĩ

Các dịch vụ được đài thọ bao gồm:

- Các dịch vụ chăm sóc y tế hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế được cung cấp tại phòng khám bác sĩ, trung tâm phẫu thuật cấp cứu được chứng nhận, khoa ngoại trú của bệnh viện hoặc bất kỳ địa điểm nào khác
- Tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa
- Kiểm tra thính giác và thăng bằng cơ bản do PCP hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị thực hiện, nếu bác sĩ yêu cầu thực hiện để xem quý vị có cần điều trị y tế hay không
- Một số dịch vụ y tế từ xa, bao gồm: Dịch vụ Bác sĩ Chăm sóc Chính và bác sĩ chuyên khoa.
 - Quý vị có thể lựa chọn nhận các dịch vụ này thông qua thăm khám trực tiếp hoặc qua y tế từ xa. Nếu quý vị chọn nhận một trong những dịch vụ này qua y tế từ xa, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới có cung cấp dịch vụ qua y tế từ xa.
 - Hãy liên hệ với văn phòng nhà cung cấp của quý vị để xem họ có cung cấp dịch vụ y tế từ xa hay không, và để biết thông tin về cách tiếp cận các dịch vụ đó.
- Một số dịch vụ y tế từ xa bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ hoặc bác sĩ hành nghề, cho bệnh nhân ở một số khu vực nông thôn hoặc những địa điểm khác được Medicare phê duyệt

Trong Mạng lưới:

\$0 cho mỗi lần thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính được Medicare đài thọ.

\$0 cho mỗi lần thăm khám với bác sĩ chuyên khoa được Medicare đài thọ.

Ngoài Mạng lưới:

\$0 cho mỗi lần thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính được Medicare đài thọ.

\$0 cho mỗi lần thăm khám với bác sĩ chuyên khoa được Medicare đài thọ.


Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho quyền lợi này.

Có hạn mức cho số tiền mà chương trình của chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ Ngoài Mạng lưới. Để biết thêm thông tin, hãy xem phần Điểm Dịch vụ trong bảng Quyền lợi này.


Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Dịch vụ Bác sĩ/Bác sĩ hành nghề, bao gồm cả thăm khám tại phòng khám bác sĩ (tiếp)</p> <ul style="list-style-type: none">• Dịch vụ y tế từ xa dành cho các lần thăm khám hàng tháng liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối, dành cho các hội viên lọc máu nằm nhà, tại cơ sở lọc máu tại bệnh viện hoặc cơ sở lọc máu cấp cứu tại bệnh viện, cơ sở lọc máu thận hoặc tại nhà của hội viên• Dịch vụ y tế từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng của đột quỵ, bất kể quý vị ở đâu• Dịch vụ y tế từ xa dành cho các hội viên bị rối loạn sử dụng chất gây nghiện hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần đồng thời, bất kể họ ở đâu• Dịch vụ y tế từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị các rối loạn sức khỏe tâm thần nếu:<ul style="list-style-type: none">○ Quý vị đã thăm khám trực tiếp trong vòng 6 tháng, trước lần thăm khám y tế từ xa đầu tiên của quý vị○ Quý vị đã thăm khám trực tiếp 12 tháng một lần trong thời gian nhận các dịch vụ y tế từ xa này○ Các trường hợp ngoại lệ có thể được thực hiện đối với các trường hợp ở trên, trong một số tình huống nhất định• Dịch vụ y tế từ xa dành cho các lần thăm khám sức khỏe tâm thần do Rural Health Clinics (Phòng khám Y tế Nông thôn) và Federally Qualified Health Centers (Trung tâm Y tế Đạt tiêu chuẩn Liên bang) cung cấp• Ghi danh trực tuyến (ví dụ, qua điện thoại hoặc trò chuyện video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút nếu:<ul style="list-style-type: none">○ Quý vị không phải là bệnh nhân mới và○ Việc ghi danh không liên quan đến lần thăm khám tại phòng khám trong vòng 7 ngày qua và	

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Dịch vụ Bác sĩ/Bác sĩ hành nghề, bao gồm cả thăm khám tại phòng khám bác sĩ (tiếp)</p> <ul style="list-style-type: none">○ Việc ghi danh không dẫn đến thăm khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất● Đánh giá các video và/hoặc hình ảnh quý vị gửi cho bác sĩ, đồng thời được bác sĩ giải thích và theo dõi trong vòng 24 giờ nếu:<ul style="list-style-type: none">○ Quý vị không phải là bệnh nhân mới và○ Việc đánh giá không liên quan đến lần thăm khám tại phòng khám trong vòng 7 ngày qua và○ Việc đánh giá không dẫn đến thăm khám tại phòng khám trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn sớm nhất● Tư vấn với bác sĩ của quý vị cùng các bác sĩ khác qua điện thoại, internet hoặc hồ sơ bệnh án điện tử● Ý kiến thứ hai của một nhà cung cấp khác trong mạng lưới trước khi phẫu thuật● Chăm sóc nha khoa không định kỳ (các dịch vụ được đài thọ chỉ giới hạn ở phẫu thuật hàm hoặc các cấu trúc liên quan, nắn xương hàm hoặc xương mặt, nhổ răng để chuẩn bị hàm cho việc điều trị bằng bức xạ đối với bệnh ung thư khối u, hoặc các dịch vụ sẽ được đài thọ khi do bác sĩ cung cấp)	
<p>Dịch vụ chữa bệnh về bàn chân</p> <p>Các dịch vụ được đài thọ bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none">● Chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật cho các chấn thương và bệnh lý về bàn chân (như ngón chân hình búa hoặc gai gót chân)● Chăm sóc bàn chân định kỳ cho các hội viên mắc một số tình trạng bệnh lý ảnh hưởng đến chi dưới● Thăm khám chăm sóc bàn chân định kỳ bổ sung không giới hạn	<p>\$0</p>


Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Điểm Dịch vụ</p> <p>CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP) có tùy chọn Điểm Dịch vụ (POS) cho phép quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới cho các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none">• Thăm khám tại phòng khám PCP• Thăm khám tại phòng khám bác sĩ chuyên khoa• Các buổi cá nhân dành cho các dịch vụ chuyên khoa sức khỏe tâm thần• Các buổi nhóm dành cho các dịch vụ chuyên khoa sức khỏe tâm thần <p>Số tiền áp dụng theo mức tối đa hàng năm chỉ dựa trên số tiền chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp ngoài mạng lưới cho một lần khám tại phòng khám.</p> <p>Sau khi đạt đến mức quyền lợi tối đa \$1,000, chúng tôi sẽ không thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp bởi bác sĩ chuyên khoa hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính ngoài mạng lưới, và các khoản phí sẽ thuộc trách nhiệm của quý vị.</p> <p>Khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ là dịch vụ được Medicaid đài thọ. Nhà cung cấp không được phép lập hóa đơn cho các hội viên đủ điều kiện nhận Medicaid đối với các dịch vụ được đài thọ. Nếu quý vị nhận hóa đơn cho các dịch vụ đã dùng trong khi sử dụng quyền lợi Điểm dịch vụ, vui lòng liên hệ với ban Dịch vụ khách hàng của CareOregon Advantage. Các số điện thoại được liệt kê ở bìa sau của tập sách này.</p>	<p>Xem Dịch vụ Bác sĩ/Bác sĩ hành nghề, bao gồm thăm khám tại phòng khám bác sĩ để biết thêm thông tin về khoản chia sẻ chi phí.</p> <p>Xem Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú để biết thêm thông tin về khoản chia sẻ chi phí.</p> <p>Có hạn mức \$1,000 hàng năm cho các dịch vụ Ngoài Mạng lưới.</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p> Sàng lọc ung thư tiền liệt tuyến</p> <p>Đối với nam giới từ 50 tuổi trở lên, các dịch vụ được đài thọ bao gồm những dịch vụ sau - 12 tháng một lần:</p> <ul style="list-style-type: none">• Khám trực tràng kỹ thuật số• Xét nghiệm Prostate Specific Antigen (PSA, Kháng nguyên Đặc hiệu Tuyến tiền liệt)	Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho xét nghiệm PSA hàng năm.
<p>Thiết bị giả và vật tư liên quan</p> <p>Các thiết bị (ngoài nha khoa) thay thế toàn bộ hoặc một phần bộ phận hoặc chức năng của cơ thể. Các thiết bị này bao gồm, nhưng không chỉ gồm: túi và vật tư hậu môn nhân tạo liên quan trực tiếp đến chăm sóc hậu môn nhân tạo, máy điều hòa nhịp tim, niềng răng, giày giả, tay chân giả và vú giả (bao gồm cả áo lót phẫu thuật sau phẫu thuật cắt bỏ vú). Bao gồm một số vật tư nhất định liên quan đến thiết bị giả, sửa chữa và/hoặc thay thế thiết bị giả. Cũng bao gồm một số bảo hiểm sau khi loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể – xem Chăm sóc Thị giác ở cuối phần này để biết thêm chi tiết.</p>	\$0
<p>Dịch vụ phục hồi chức năng phổi</p> <p>Các chương trình phục hồi chức năng phổi toàn diện được đài thọ cho các hội viên mắc Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD, Bệnh Phổi Tắc nghẽn Mạn tính) từ trung bình đến rất nặng, và có giấy giới thiệu của bác sĩ điều trị bệnh hô hấp mạn tính để phục hồi chức năng phổi.</p>	\$0

QUY TẮC ỦY QUYỀN CÓ THỂ ÁP DỤNG


Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Khám sức khỏe định kỳ</p> <p>Chương trình của chúng tôi đài thọ một lần khám sức khỏe định kỳ hàng năm riêng biệt, ngoài Khám Sức khỏe Hàng năm hoặc khám sức khỏe “Chào mừng Đến với Medicare”. Khám sức khỏe định kỳ diễn ra hàng năm là hoạt động đánh giá và quản lý y tế phòng ngừa toàn diện và có thể bao gồm những nội dung sau:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bệnh sử, tiền sử xã hội và gia đình• Hoàn thành khám sức khỏe thể chất và đánh giá hệ thống cơ thể• Đánh giá thuốc• Chủng ngừa• Tư vấn/hướng dẫn dự đoán/can thiệp giảm yếu tố nguy cơ• Xem xét các xét nghiệm sàng lọc phù hợp với lứa tuổi/giới tính <p>Lưu ý: Bất kỳ thủ tục xét nghiệm hoặc chẩn đoán nào được yêu cầu đều không được đài thọ theo quyền lợi này, và quý vị phải tự thanh toán riêng khoản chia sẻ chi phí của chương trình cho các dịch vụ đó.</p>	<p>Không có đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho khám sức khỏe định kỳ.</p>
<p> Sàng lọc và tư vấn nhằm giảm lạm dụng rượu</p> <p>Chúng tôi đài thọ một lần sàng lọc lạm dụng rượu cho người lớn có Medicare (bao gồm cả phụ nữ mang thai), những người lạm dụng rượu nhưng không nghiện rượu.</p> <p>Nếu quý vị sàng lọc dương tính với việc lạm dụng rượu, quý vị có thể nhận được tối đa 4 buổi tư vấn trực tiếp một-một ngắn gọn mỗi năm (nếu quý vị đủ năng lực và tỉnh táo trong quá trình tư vấn) do bác sĩ hành nghề hoặc bác sĩ chăm sóc chính có trình độ chuyên môn tại cơ sở chăm sóc chính cung cấp.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho dịch vụ sàng lọc và tư vấn được Medicare đài thọ nhằm giảm lạm dụng rượu và vì lợi ích phòng ngừa.</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p> Sàng lọc ung thư phổi bằng Low Dose Computed Tomography (LDCT, Chụp Cắt Lớp Vi tính Liều Thấp)</p> <p>Đối với những cá nhân đủ điều kiện, LDCT được đài thọ 12 tháng một lần.</p> <p>Các hội viên đủ điều kiện là: những người ở độ tuổi 50 – 77 không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh ung thư phổi, nhưng có tiền sử hút thuốc lá ít nhất 20 bao trong nhiều năm, và người hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ hút thuốc trong vòng 15 năm qua, những người nhận được yêu cầu LDCT bằng văn bản trong buổi tư vấn sàng lọc ung thư phổi và lần thăm khám đưa ra quyết định chung đáp ứng các tiêu chí của Medicare cho những lần thăm khám đó, và được cung cấp bởi bác sĩ hoặc bác sĩ hành nghề có trình độ không phải là bác sĩ.</p> <p><i>Đối với sàng lọc ung thư phổi LDCT sau sàng lọc LDCT ban đầu:</i> hội viên phải nhận được yêu cầu sàng lọc ung thư phổi LDCT bằng văn bản, yêu cầu này có thể được cung cấp trong bất kỳ lần thăm khám thích hợp nào với một bác sĩ hoặc bác sĩ hành nghề có trình độ không phải là bác sĩ. Nếu một bác sĩ hoặc bác sĩ hành nghề có trình độ không phải là bác sĩ chọn cung cấp tư vấn sàng lọc ung thư phổi và thăm khám ra đưa quyết định chung cho các lần khám sàng lọc ung thư phổi tiếp theo bằng LDCT, thì lần thăm khám phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare cho chính những lần thăm khám đó.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho lần thăm khám tư vấn và đưa ra quyết định chung được Medicare đài thọ hoặc thăm khám cho LDCT.</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p> Sàng lọc các Sexually Transmitted Infections (STI, Bệnh lây truyền qua Đường Tình dục) và tư vấn phòng ngừa STI</p> <p>Chúng tôi đài thọ cho sàng lọc bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) đối với bệnh chlamydia, lậu, giang mai và Viêm gan B. Những sàng lọc này được đài thọ cho phụ nữ mang thai và cho một số người có nguy cơ cao mắc STI khi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính yêu cầu xét nghiệm. Chúng tôi đài thọ các xét nghiệm này 12 tháng một lần hoặc vào những thời điểm nhất định trong thai kỳ.</p> <p>Chúng tôi cũng đài thọ tối đa hai buổi tư vấn hành vi trực tiếp một-một cường độ cao, kéo dài 20 đến 30 phút cho từng cá nhân mỗi năm, dành cho những người trưởng thành có quan hệ tình dục có nguy cơ mắc STI cao. Chúng tôi sẽ chỉ đài thọ những buổi tư vấn này như một dịch vụ phòng ngừa, nếu các buổi tư vấn được cung cấp bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính và diễn ra tại cơ sở chăm sóc chính, chẳng hạn như phòng khám bác sĩ.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho dịch vụ sàng lọc STI được Medicare đài thọ và tư vấn về quyền lợi phòng ngừa STI.</p>


Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
Dịch vụ điều trị bệnh thận	
Các dịch vụ được đài thọ bao gồm:	\$0
<ul style="list-style-type: none">• Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận nhằm hướng dẫn cách chăm sóc thận và giúp các hội viên đưa ra quyết định sáng suốt về việc chăm sóc của mình. Đối với các hội viên mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn IV, khi được bác sĩ giới thiệu, chúng tôi đài thọ tối đa sáu buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận trong suốt cuộc đời.• Điều trị lọc máu ngoại trú (bao gồm điều trị lọc máu khi tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ, như được giải thích trong Chương 3, hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này của quý vị tạm thời không có sẵn hoặc không thể tiếp cận được)• Điều trị lọc máu nội trú (nếu quý vị nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú để được chăm sóc đặc biệt)• Đào tạo về tự lọc máu (bao gồm đào tạo cho quý vị và bất kỳ ai giúp quý vị điều trị lọc máu tại nhà)• Thiết bị và vật tư lọc máu tại nhà• Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà (chẳng hạn như, khi cần thiết, các nhân viên chạy thận đã được đào tạo đến thăm khám để kiểm tra việc lọc máu tại nhà của quý vị, để giúp đỡ trong trường hợp khẩn cấp, và kiểm tra thiết bị lọc máu cùng nguồn cung cấp nước của quý vị)	
Một số loại thuốc dùng cho lọc máu được đài thọ theo quyền lợi thuốc Medicare Phần B của quý vị. Để biết thông tin về bảo hiểm cho Thuốc Phần B, vui lòng xem phần Thuốc theo toa Medicare Phần B .	


Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF)</p> <p>(Để biết định nghĩa về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, xem Chương 12 của tài liệu này. Cơ sở điều dưỡng chuyên môn đôi khi được gọi là SNF.)</p> <p>Các dịch vụ được đài thọ bao gồm nhưng không chỉ gồm:</p> <ul style="list-style-type: none">• Phòng bán riêng (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế)• Các bữa ăn, bao gồm chế độ ăn đặc biệt• Dịch vụ điều dưỡng chuyên môn• Vật lý trị liệu, trị liệu bằng vật lý và trị liệu ngôn ngữ• Thuốc được cung cấp cho quý vị trong khuôn khổ kế hoạch chăm sóc của quý vị (Thuốc bao gồm các chất có sẵn tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu.)• Máu - bao gồm việc lưu trữ và quản lý. Bảo hiểm máu toàn phần và hồng cầu đặc bắt đầu từ pint máu đầu tiên mà quý vị cần.• Vật tư y tế và phẫu thuật thường do SNF cung cấp• Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm thường do SNF cung cấp• Chụp X-quang và các dịch vụ chụp chiếu khác thường do SNF cung cấp• Sử dụng các thiết bị như xe lăn thường do SNF cung cấp• Dịch vụ Bác sĩ/Bác sĩ hành nghề <p>Nói chung, quý vị sẽ nhận được dịch vụ chăm sóc SNF từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, trong một số điều kiện nhất định được liệt kê bên dưới, quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc từ một cơ sở không phải là nhà cung cấp trong mạng lưới, nếu cơ sở đó chấp nhận số tiền thanh toán trong chương trình của chúng tôi.</p> <ul style="list-style-type: none">• Viện dưỡng lão hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị sống ngay trước khi đến bệnh viện (miễn là các địa điểm đó cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn)• SNF nơi vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung của quý vị sống vào thời điểm quý vị rời bệnh viện	<p>\$0</p> <p>Chương trình đài thọ tối đa 100 ngày cho mỗi giai đoạn hưởng quyền lợi.</p> <p>Giai đoạn hưởng quyền lợi kết thúc khi quý vị không tham gia SNF trong 60 ngày liên tiếp.</p> <p>Không cần phải nằm viện trước đó.</p> <p>Quý vị sẽ không bị tính thêm khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ chuyên môn.</p> <p>QUY TẮC ỦY QUYỀN CÓ THỂ ÁP DỤNG</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p> Cai thuốc lá và dừng sử dụng thuốc lá (tư vấn cai thuốc lá hoặc dừng sử dụng thuốc lá)</p> <p><u>Nếu quý vị sử dụng thuốc lá nhưng không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh lý liên quan đến thuốc lá:</u> Chúng tôi đài thọ hai lần tư vấn bỏ thuốc trong khoảng thời gian 12 tháng như một dịch vụ phòng ngừa miễn phí cho quý vị. Mỗi lần tư vấn bao gồm tối đa bốn lần gặp mặt trực tiếp.</p> <p><u>Nếu quý vị sử dụng thuốc lá và được chẩn đoán mắc bệnh liên quan đến thuốc lá, hoặc đang dùng thuốc có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc lá:</u> Chúng tôi đài thọ các dịch vụ tư vấn cai nghiện. Chúng tôi đài thọ hai lần tư vấn bỏ thuốc trong khoảng thời gian 12 tháng; tuy nhiên, quý vị sẽ phải trả khoản chia sẻ chi phí hiện hành. Mỗi lần tư vấn bao gồm tối đa bốn lần gặp mặt trực tiếp.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ đối với các quyền lợi phòng ngừa việc của việc cai thuốc lá và dừng sử dụng thuốc lá được Medicare đài thọ.</p>
<p>Quyền lợi Bổ sung Đặc biệt cho bệnh tăng huyết áp</p> <p>Đối với những người được chẩn đoán mắc bệnh tăng huyết áp, quý vị không phải thanh toán khoản gì để nhận một thiết bị theo dõi huyết áp sau mỗi 24 tháng, trong các mẫu máy đã được phê duyệt. Truy cập careoregon.nationsbenefits.com/login hoặc gọi tới số 877-278-9003.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho các hội viên đủ điều kiện nhận quyền lợi này.</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Supervised Exercise Therapy (SET, Liệu pháp Tập thể dục Có giám sát)</p> <p>SET được đài thọ cho các hội viên mắc Peripheral Artery Disease (PAD, Bệnh Động mạch Ngoại biên) có triệu chứng và giấy giới thiệu về PAD từ bác sĩ chịu trách nhiệm điều trị PAD.</p> <p>Tối đa 36 buổi trong khoảng thời gian 12 tuần được đài thọ nếu đáp ứng các yêu cầu của chương trình SET.</p> <p>Chương trình SET phải:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bao gồm các buổi kéo dài 30-60 phút, bao gồm chương trình đào tạo tập luyện trị liệu cho PAD ở những bệnh nhân bị đau cách hồi• Được tiến hành trong môi trường ngoại trú của bệnh viện hoặc phòng khám bác sĩ• Được thực hiện bởi nhân viên phụ trợ có trình độ cần thiết để đảm bảo lợi ích nhiều hơn tác hại, và những người được đào tạo về liệu pháp tập thể dục cho PAD• Chịu sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, trợ lý bác sĩ hoặc y tá hành nghề/điều dưỡng chuyên khoa lâm sàng, được đào tạo về kỹ thuật hỗ trợ sự sống cả cơ bản và nâng cao <p>SET có thể được đài thọ vượt quá 36 buổi trong 12 tuần với 36 buổi bổ sung trong một khoảng thời gian dài, nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho là cần thiết về mặt y tế.</p>	<p>\$0</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p>Dịch vụ cần thiết khẩn cấp</p> <p>Các dịch vụ cần thiết khẩn cấp được cung cấp để điều trị một căn bệnh, thương tích hoặc tình trạng y tế không khẩn cấp, không lường trước được và cần được chăm sóc y tế ngay lập tức, nhưng, xét đến hoàn cảnh của quý vị, việc nhận dịch vụ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới là không thể hoặc không hợp lý. Ví dụ về các dịch vụ cần thiết khẩn cấp mà chương trình phải đài thọ ngoài mạng lưới sẽ xảy ra nếu: Quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và yêu cầu các dịch vụ ngay lập tức cần thiết về mặt y tế cho một tình trạng không lường trước được, và đó không phải là trường hợp cấp cứu y tế, hoặc việc nhận ngay dịch vụ chăm sóc y tế từ nhà cung cấp trong mạng lưới là không hợp lý trong hoàn cảnh của quý vị. Trong những ví dụ này, chương trình của quý vị sẽ chi trả cho các dịch vụ cần thiết khẩn cấp từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới.</p> <p>Chương trình của chúng tôi không đài thọ các dịch vụ cấp cứu, dịch vụ cần thiết khẩn cấp hoặc bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào khác bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.</p>	<p>\$0</p>
<p>Thăm khám ảo</p> <p>Teladoc là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc ảo phục vụ cho việc chăm sóc khẩn cấp của quý vị. Các bác sĩ luôn sẵn sàng 24/7 qua điện thoại, có thể trò chuyện video hoặc thông qua ứng dụng. Sử dụng điện thoại, ứng dụng hoặc truy cập Teladoc.com để tạo tài khoản. Quý vị cũng có thể liên hệ với bộ phận hỗ trợ hội viên Teladoc 24/7 theo số 800-835-2362. TTY 711.</p>	<p>\$0 cho mỗi lần thăm khám ảo.</p>

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p> Chăm sóc thị giác</p> <p>Các dịch vụ được đài thọ bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none">• Các dịch vụ của bác sĩ ngoại trú để chẩn đoán và điều trị các bệnh và tổn thương về mắt, bao gồm điều trị bệnh thoái hóa điểm vàng do tuổi tác. Original Medicare không đài thọ khám mắt định kỳ (khúc xạ mắt) đối với kính mắt/kính áp tròng• Đối với những người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp, chúng tôi sẽ đài thọ một lần khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp mỗi năm. Những người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp bao gồm: những người có tiền sử gia đình mắc bệnh tăng nhãn áp, những người mắc bệnh tiểu đường, người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên và người Mỹ gốc Văn hóa Tây Ban Nha từ 65 tuổi trở lên• Đối với những người mắc bệnh tiểu đường, việc sàng lọc bệnh võng mạc tiểu đường được đài thọ mỗi năm một lần• Một cặp kính mắt hoặc kính áp tròng sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể, bao gồm lắp kính nội nhãn (Nếu quý vị có hai ca phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị không thể bảo lưu quyền lợi sau lần phẫu thuật đầu tiên và mua hai kính mắt sau lần phẫu thuật thứ hai.) <p>Chăm sóc thị giác bổ sung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Khám mắt định kỳ 12 tháng một lần• Lựa chọn tròng kính và gọng kính hoặc kính áp tròng<ul style="list-style-type: none">○ Tròng kính bao gồm một tròng, hai tròng hoặc ba tròng○ Nâng cấp miễn phí cho bất kỳ loại tròng kính có chiết suất cao hoặc mắt kính đa tròng nào	<p>Tiêu chuẩn:</p> <p>\$0</p> <p>Bổ sung:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$0 đồng thanh toán cho khám mắt định kỳ bổ sung.• \$175 trợ cấp cho gọng kính; hoặc• \$100 trợ cấp cho kính áp tròng

Các dịch vụ được đài thọ cho quý vị	Những phần quý vị phải thanh toán khi nhận những dịch vụ này
<p> Thăm khám phòng ngừa Chào mừng Đến với Medicare</p> <p>Chương trình đài thọ một lần thăm khám phòng ngừa Chào mừng Đến với Medicare. Việc thăm khám bao gồm đánh giá sức khỏe của quý vị, cũng như giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng ngừa mà quý vị cần (bao gồm một số xét nghiệm và tiêm chủng nhất định), và giấy giới thiệu đến dịch vụ chăm sóc khác nếu cần.</p> <p>Quan trọng: Chúng tôi đài thọ việc thăm khám phòng ngừa Chào mừng Đến với Medicare chỉ trong vòng 12 tháng đầu tiên quý vị có Medicare Phần B. Khi đặt lịch hẹn, hãy cho phòng khám bác sĩ của quý vị biết quý vị muốn đặt lịch hẹn thăm khám phòng ngừa Chào mừng Đến với Medicare.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ cho lần thăm khám phòng ngừa Chào mừng Đến với Medicare.</p>

PHẦN 3 Những dịch vụ nào được đài thọ bên ngoài CareOregon Advantage Plus?

Phần 3.1 Các dịch vụ không được CareOregon Advantage Plus đài thọ

Các dịch vụ sau đây không được CareOregon Advantage Plus đài thọ nhưng được cung cấp thông qua Chương trình Y tế Oregon (Medicaid):

- Dịch vụ nha khoa bao gồm:
 - Khám và chụp X-quang (bao gồm sàng lọc ung thư miệng)
 - Làm sạch và fluoride
 - Trám răng
 - Nhổ răng
 - Răng giả (toàn bộ và một phần)
 - Chỉnh răng giả, thay thế răng giả bị mất, gãy
 - Làm sạch sâu đối với bệnh về nướu
 - Dịch vụ nha khoa khẩn cấp (bao gồm cả ngoài khu vực dịch vụ)
- Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình
- Các dịch vụ trợ thính như máy trợ thính và pin
- Dịch vụ chăm sóc cuối đời

- Vật tư sử dụng khi không tự chủ
- Thuốc Không theo Toa (cần có toa thuốc từ nhà cung cấp của quý vị)
- Đưa đón Y tế Không Khẩn cấp (đến và đi từ các dịch vụ được Medicaid đài thọ)

Đây không phải là một danh sách đầy đủ tất cả. Vui lòng liên hệ với Coordinated Care Organization (CCO, Tổ chức Chăm sóc Phối hợp) của quý vị hoặc Oregon Health Plan nếu quý vị không tham gia CCO, để tìm hiểu thêm về các quyền lợi thuốc theo toa được Oregon Health Plan đài thọ. Số điện thoại được liệt kê ở mặt sau CCO hoặc Oregon Health ID Card (Thẻ ID Y tế Oregon) của quý vị.

Một số dịch vụ được Tiểu bang chi trả như dịch vụ phá thai và quyền được chết.

PHẦN 4 Những dịch vụ nào không được chương trình đài thọ?

Phần 4.1 Các dịch vụ *không* được chương trình đài thọ (trường hợp loại trừ của Medicare)

Phần này cho quý vị biết những dịch vụ nào bị Medicare loại trừ.

Bảng bên dưới mô tả một số dịch vụ và vật phẩm không được Medicare đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào, hoặc chỉ được Medicare đài thọ trong các điều kiện cụ thể.

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

Các dịch vụ không được Medicare đài thọ	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào	Chỉ được đài thọ trong các điều kiện cụ thể
Châm cứu		<ul style="list-style-type: none">• Dành cho những người bị đau thắt lưng mạn tính trong một số trường hợp nhất định.

Các dịch vụ không được Medicare đài thọ	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào	Chỉ được đài thọ trong các điều kiện cụ thể
Phẫu thuật hoặc thủ thuật thẩm mỹ		<ul style="list-style-type: none">Được đài thọ trong trường hợp bị thương do tai nạn, hoặc để cải thiện chức năng của một bộ phận trên cơ thể bị dị dạng.Bảo hiểm cho tất cả các giai đoạn tái tạo vú sau phẫu thuật cắt bỏ vú, cũng như cho bên vú không bị ảnh hưởng để tạo ra hình dáng cân xứng.
Chăm sóc trông coi Chăm sóc trông coi là chăm sóc cá nhân không yêu cầu sự chú ý liên tục của nhân viên y tế hoặc trợ y đã được đào tạo, chẳng hạn như chăm sóc giúp quý vị trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày như tắm rửa hoặc mặc quần áo.	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào	
Các thủ thuật, thiết bị và thuốc thử nghiệm y tế và phẫu thuật. Các thủ thuật và vật phẩm thử nghiệm là những vật phẩm và thủ thuật được Original Medicare xác định là không được cộng đồng y tế chấp nhận chung.		<ul style="list-style-type: none">Có thể được Original Medicare đài thọ theo nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt hoặc theo chương trình của chúng tôi. <p>(Xem Chương 3, Phần 5 để biết thêm thông tin về nghiên cứu lâm sàng.)</p>
Phí chăm sóc do người thân trực hệ hoặc các thành viên trong gia đình quý vị tính toán.	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào	

Các dịch vụ không được Medicare đài thọ	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào	Chỉ được đài thọ trong các điều kiện cụ thể
Chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà của quý vị.	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào	
Bữa ăn giao tận nhà		Sau khi xuất viện khỏi thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện, cơ sở phục hồi chức năng hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. (Xem <i>Chương trình Giao Bữa ăn</i> trong Chương 4, Phần 2.1 để biết thêm thông tin.)
Các dịch vụ nội trợ bao gồm hỗ trợ cơ bản trong gia đình, chẳng hạn như dọn dẹp nhà cửa đơn giản hoặc chuẩn bị bữa ăn nhẹ.	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào	
Dịch vụ liệu pháp thiên nhiên (sử dụng phương pháp điều trị tự nhiên hoặc phương pháp thay thế).	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào	
Chăm sóc răng miệng không định kỳ		<ul style="list-style-type: none"> Dịch vụ chăm sóc nha khoa cần thiết để điều trị bệnh lý hoặc thương tích có thể được đài thọ như là chăm sóc nội trú hoặc ngoại trú.
Giày chỉnh hình hoặc dụng cụ hỗ trợ bàn chân		<ul style="list-style-type: none"> Giày thuộc nẹp chân và được bao gồm trong chi phí của nẹp. Giày chỉnh hình hoặc trị liệu dành cho người mắc bệnh bàn chân do tiểu đường.

Các dịch vụ không được Medicare đài thọ	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào	Chỉ được đài thọ trong các điều kiện cụ thể
Các vật dụng cá nhân trong phòng của quý vị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chẳng hạn như điện thoại hoặc tivi.	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào	
Phòng riêng trong bệnh viện.		<ul style="list-style-type: none"> Chỉ được đài thọ khi cần thiết về mặt y tế.
Đảo ngược các quy trình khử trùng và/hoặc vật tư tránh thai không cần kê toa.	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào	
Chăm sóc chỉnh hình định kỳ		<ul style="list-style-type: none"> Nắn chỉnh cột sống bằng tay để điều chỉnh tình trạng bán trật khớp được đài thọ.
Chăm sóc nha khoa định kỳ, chẳng hạn như làm sạch, trám răng hoặc làm răng giả.	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào	
Khám mắt định kỳ, đeo kính mắt, phẫu thuật cắt giác mạc xuyên tâm, phẫu thuật LASIK và các thiết bị hỗ trợ thị lực kém khác.		<ul style="list-style-type: none"> Khám mắt và một cặp kính mắt (hoặc kính áp tròng) được đài thọ cho những bệnh nhân sau phẫu thuật đục thủy tinh thể.
Chăm sóc bàn chân định kỳ		<ul style="list-style-type: none"> Một số bảo hiểm có giới hạn được cung cấp theo hướng dẫn của Medicare (ví dụ, nếu quý vị mắc bệnh tiểu đường).
Khám thính lực định kỳ, máy trợ thính hoặc kiểm tra độ vừa của máy trợ thính.	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào	
Các dịch vụ được coi là không hợp lý và cần thiết, theo tiêu chuẩn của Original Medicare	Không được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào	

CHƯƠNG 5:

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

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc theo toa thuộc Phần D**Làm thế nào quý vị có thể nhận thông tin về chi phí thuốc của mình?**

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Oregon Health Plan (Medicaid), nên quý vị đủ điều kiện và đang nhận được “Hỗ trợ Bổ sung” từ Medicare để thanh toán chi phí chương trình thuốc theo toa của mình. Vì quý vị đang tham gia chương trình “Hỗ trợ bổ sung”, **một số thông tin trong Chứng từ Bảo hiểm về chi phí thuốc theo toa Phần D có thể không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị một trang phụ tách rời, gọi là Điều khoản bổ sung của Chứng từ Bảo hiểm dành cho những Người Nhận Trợ giúp Bổ sung trong việc Chi trả Thuốc theo toa (cũng được biết đến là Low-Income Subsidy Rider (Điều khoản bổ sung của Trợ cấp cho Người có Thu nhập Thấp) hoặc LIS Rider), cung cấp thông tin cho quý vị về bảo hiểm thuốc. Nếu quý vị không có trang phụ này, vui lòng gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng và yêu cầu Điều khoản bổ sung LIS. (Số điện thoại của ban Dịch vụ Khách hàng được in ở bìa sau của tài liệu này.)

PHẦN 1**Giới thiệu**

Chương này **giải thích các quy định về việc sử dụng bảo hiểm của quý vị cho thuốc Phần D.** Vui lòng xem Chương 4 để biết các quyền lợi thuốc Medicare Phần B và các quyền lợi thuốc chăm sóc cuối đời.

Ngoài các loại thuốc được Medicare đài thọ, một số loại thuốc theo toa cũng được đài thọ cho quý vị theo quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid). Vui lòng liên hệ với tổ chức chăm sóc phối hợp (CCO) của quý vị, hoặc Oregon Health Plan nếu quý vị không tham gia CCO, để tìm hiểu thêm về các quyền lợi thuốc theo toa được Oregon Health Plan đài thọ. Số điện thoại được liệt kê ở mặt sau Thẻ ID CCO hoặc Oregon Health Plan của quý vị.

Phần 1.1**Các quy tắc cơ bản về bảo hiểm thuốc Phần D của chương trình**

Chương trình thường sẽ đài thọ cho thuốc của quý vị, với điều kiện quý vị tuân theo các quy tắc cơ bản sau:

- Quý vị phải nhờ một nhà cung cấp (bác sĩ, nha sĩ hoặc người kê toa khác) viết cho quý vị một toa thuốc, và toa thuốc này phải hợp lệ theo luật hiện hành của tiểu bang.
- Người kê toa của quý vị không được nằm trong Medicare’s Exclusion or Preclusion Lists (Danh sách Loại trừ hoặc Ngăn ngừa của Medicare).
- Thông thường, quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc theo toa của mình. (Xem Phần 2, *Mua thuốc theo toa của quý vị tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc thông qua dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình*).

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc theo toa thuộc Phần D

- Thuốc của quý vị phải có trong *Danh sách Thuốc Được Đòi thọ (Danh mục thuốc)* (chúng tôi gọi tắt là “Danh sách Thuốc”). (Xem Phần 3, *Thuốc của quý vị phải có trong “Danh sách thuốc”*).
- Thuốc của quý vị phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. “Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế” là việc sử dụng thuốc được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm phê duyệt hoặc được chứng minh bởi một số tài liệu tham khảo nhất định. (Xem Phần 3 để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.)

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

Phần 2.1 Sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới

Trong hầu hết các trường hợp, toa thuốc của quý vị được đòi thọ *chỉ* khi được mua tại các nhà thuốc trong mạng lưới của chương trình. (Xem Phần 2.5 để biết thông tin khi nào chúng tôi đòi thọ cho các toa thuốc được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới.)

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

Phần 2.2 Nhà thuốc trong mạng lưới**Làm thế nào để tìm thấy nhà thuốc trong mạng lưới ở khu vực của quý vị?**

Để tìm nhà thuốc trong mạng lưới, quý vị có thể xem trong *Danh mục Nhà thuốc*, truy cập trang mạng của chúng tôi (careoregonadvantage.org/pharmacy), và/hoặc gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này.)

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

Điều gì sẽ xảy ra nếu nhà thuốc quý vị đang sử dụng rời khỏi mạng lưới?

Nếu nhà thuốc quý vị đang sử dụng rời khỏi mạng lưới của chương trình, quý vị sẽ phải tìm một nhà thuốc mới nằm trong mạng lưới. Để tìm một nhà thuốc khác trong khu vực của mình, quý vị có thể nhận trợ giúp từ ban Dịch vụ Khách hàng (số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này) hoặc sử dụng *Danh mục Nhà thuốc*. Quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin trên trang mạng của chúng tôi tại careoregonadvantage.org/pharmacy.

Nếu quý vị cần một nhà thuốc chuyên khoa thì sao?

Một số toa thuốc phải được mua tại nhà thuốc chuyên khoa. Các nhà thuốc chuyên khoa bao gồm:

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc theo toa thuốc Phần D

- Nhà thuốc cung cấp thuốc cho liệu pháp tiêm truyền tại nhà.
- Nhà thuốc cung cấp thuốc cho cư dân của cơ sở Long-term Care (LTC, Chăm sóc Dài hạn). Thông thường, cơ sở LTC (chẳng hạn như viện dưỡng lão) có nhà thuốc riêng. Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào khi tiếp cận các quyền lợi Phần D của mình trong cơ sở LTC, vui lòng liên hệ với ban Dịch vụ khách hàng.
- Các nhà thuốc phục vụ cho Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (Dịch vụ Y tế cho Người Da Đỏ / Bộ lạc / Chương trình Sức khỏe Người Da Đỏ Thành thị) (không có ở Puerto Rico). Ngoại trừ trường hợp khẩn cấp, chỉ người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa mới có quyền sử dụng các nhà thuốc này trong mạng lưới của chúng tôi.
- Nhà thuốc phân phối các loại thuốc bị FDA hạn chế ở một số địa điểm nhất định, hoặc yêu cầu xử lý đặc biệt, phối hợp với nhà cung cấp hoặc giáo dục về cách sử dụng chúng. (Lưu ý: Trường hợp này hiếm khi xảy ra.)

Để tìm một nhà thuốc chuyên khoa, hãy xem *Danh mục Nhà thuốc* hoặc gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng.

Phần 2.3 Sử dụng dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình

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

Dịch vụ đặt hàng qua đường bưu điện trong chương trình của chúng tôi cho phép quý vị đặt hàng **tối thiểu lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày và không vượt quá lượng thuốc dùng cho 100 ngày.**

Để nhận biểu mẫu đặt hàng và thông tin về việc mua thuốc theo toa qua đường bưu điện, quý vị có thể tải xuống bản sao của biểu mẫu đặt hàng qua đường bưu điện từ trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ careoregonadvantage.org/pharmacy, hoặc quý vị có thể gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng (số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này) để chúng tôi gửi cho quý vị một bản sao.

Thông thường, đơn đặt thuốc qua đường bưu điện sẽ được giao cho quý vị trong thời gian không quá 14 ngày. Nếu thuốc của quý vị không được giao trong khung thời gian này, vui lòng gọi cho ban Dịch vụ Khách hàng và chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị.

Các toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận trực tiếp từ phòng khám bác sĩ của quý vị.

Sau khi nhà thuốc nhận được toa thuốc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, họ

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc theo toa thuốc Phần D

sẽ liên hệ với quý vị để xem quý vị muốn mua thuốc ngay lập tức hay để sau. Điều quan trọng là quý vị phải phản hồi mỗi khi nhà thuốc liên hệ với quý vị để thông báo cho họ biết quý vị muốn vận chuyển, trì hoãn hay dừng toa thuốc mới.

Mua lại toa thuốc đặt hàng qua bưu điện. Để mua thuốc tiếp, quý vị có tùy chọn đăng ký chương trình mua lại thuốc tự động có tên là “OptumRX Automatic Refill Program” (Chương trình Mua lại Tự động OptumRX). Theo chương trình này, chúng tôi sẽ bắt đầu tự động xử lý lần mua thuốc tiếp theo của quý vị, khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị sắp hết thuốc. Nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị trước khi giao thuốc mua thêm, để đảm bảo quý vị cần thêm thuốc, và quý vị có thể hủy các lần mua thêm theo lịch trình nếu quý vị đã có đủ thuốc hoặc thuốc của quý vị đã thay đổi.

Nếu quý vị chọn không sử dụng chương trình tự động mua thêm thuốc của chúng tôi, nhưng vẫn muốn nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện gửi cho quý vị toa thuốc, vui lòng liên hệ với nhà thuốc của quý vị 21 ngày trước khi toa thuốc hiện tại của quý vị hết. Điều này sẽ đảm bảo đơn hàng của quý vị được giao kịp thời.

Để từ chối tham gia Chương trình Mua lại Tự động Optum Rx, chương trình tự động chuẩn bị thuốc mua thêm theo đơn đặt hàng qua đường bưu điện, vui lòng gọi cho Optum Rx Pharmacy Help Desk (Bộ phận Hỗ trợ Nhà thuốc Optum Rx) trong vòng ba ngày làm việc kể từ khi mua thêm thuốc. Có thể liên hệ với Optum theo số 866-325-7344, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.

Nếu quý vị nhận được thuốc mua lại tự động qua đường bưu điện mà quý vị không mong muốn, quý vị có thể đủ điều kiện để được hoàn tiền.

Phần 2.4**Làm thế nào quý vị có thể được cung cấp thuốc dài hạn?**

Chương trình đề xuất hai cách để được cung cấp dài hạn (còn gọi là cung cấp kéo dài) các loại thuốc duy trì trong “Danh sách Thuốc” của chương trình chúng tôi. (Thuốc duy trì là loại thuốc quý vị sử dụng thường xuyên, để điều trị một tình trạng bệnh lý mạn tính hoặc lâu dài.)

1. Một số nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới của chúng tôi cho phép quý vị được cung cấp thuốc duy trì dài hạn. *Danh mục Nhà thuốc* của quý vị cho biết nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị thuốc duy trì dài hạn. Quý vị cũng có thể gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng để biết thêm thông tin.
2. Quý vị cũng có thể nhận thuốc duy trì thông qua chương trình đặt hàng qua đường bưu điện của chúng tôi. Vui lòng xem Phần 2.3 để biết thêm thông tin.

Phần 2.5 **Khi nào quý vị có thể sử dụng nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình?****Toa thuốc của quý vị có thể được đòi hỏi trong một số trường hợp nhất định**

Nhìn chung, chúng tôi đòi hỏi thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới *chỉ* khi quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới. Để hỗ trợ quý vị, chúng tôi có các nhà thuốc trong mạng lưới nằm ngoài khu vực dịch vụ, nơi quý vị có thể mua thuốc theo toa với tư cách là hội viên trong chương trình của chúng tôi. **Vui lòng kiểm tra trước với ban Dịch vụ khách hàng** để xem có nhà thuốc nào trong mạng lưới ở gần không. Rất có thể quý vị sẽ phải chi trả khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị trả cho thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và chi phí mà chúng tôi sẽ đòi hỏi tại nhà thuốc trong mạng lưới.

Dưới đây là những trường hợp chúng tôi sẽ đòi hỏi cho các toa thuốc được mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới:

- Quý vị di chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình, cần một loại thuốc được đòi hỏi và không thể tiếp cận nhà thuốc trong mạng lưới.
- Ví dụ, quý vị không thể nhận thuốc được đòi hỏi kịp thời trong khu vực dịch vụ của mình vì không có nhà thuốc trong mạng lưới nào cung cấp dịch vụ 24/7 trong khoảng cách lái xe hợp lý.
- Một loại thuốc được đòi hỏi cụ thể mà quý vị cần dùng, không thường xuyên có sẵn tại nhà thuốc bán lẻ hoặc đặt hàng qua đường bưu điện trong mạng lưới.
- Thuốc được phân phối bởi nhà thuốc của tổ chức ngoài mạng lưới, trong khi quý vị là bệnh nhân tại khoa cấp cứu, phòng khám của nhà cung cấp, phòng phẫu thuật ngoại trú hoặc nhà thuốc ngoại trú khác.

Nguồn cung cấp thuốc ngoài mạng lưới giới hạn số lượng thuốc ở mức 30 ngày.

Trong những trường hợp này, **vui lòng kiểm tra trước với ban Dịch vụ khách hàng** để xem có nhà thuốc nào trong mạng lưới ở gần không. (Số điện thoại của ban Dịch vụ Khách hàng được in ở bìa sau của tập sách này). Quý vị có thể phải trả khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị trả cho thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và chi phí mà chúng tôi sẽ đòi hỏi tại nhà thuốc trong mạng lưới.

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

Nếu quý vị phải sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, thông thường quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí, thay vì khoản chia sẻ chi phí thông thường, vào thời điểm quý vị mua thuốc theo toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị phần chi phí mà chúng tôi chia sẻ. (Chương 7, Phần 2 giải thích cách yêu cầu chương trình hoàn tiền cho quý vị.)

PHẦN 3 **Thuốc của quý vị phải có trong “Danh sách Thuốc” của chương trình**

Phần 3.1 **“Danh sách Thuốc” cho biết loại thuốc Phần D nào được đài thọ**

Chương trình có một *Danh sách Thuốc Được Đài thọ (Danh mục Thuốc)*. Trong *Chứng từ Bảo hiểm này*, chúng tôi gọi tắt là **“Danh sách Thuốc”**.

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

“Danh sách Thuốc” bao gồm các loại thuốc được đài thọ theo Medicare Phần D. Ngoài các loại thuốc được Medicare đài thọ, một số loại thuốc theo toa cũng được đài thọ cho quý vị theo quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid). Vui lòng liên hệ với tổ chức chăm sóc phối hợp (CCO) của quý vị, hoặc Oregon Health Plan nếu quý vị không tham gia CCO, để tìm hiểu thêm về các quyền lợi thuốc theo toa được Oregon Health Plan đài thọ. Số điện thoại được liệt kê ở mặt sau Thẻ ID CCO hoặc Oregon Health Plan của quý vị.

Nhìn chung, chúng tôi sẽ đài thọ một loại thuốc trong “Danh sách Thuốc” của chương trình với điều kiện là quý vị tuân theo các quy định đài thọ khác được giải thích trong chương này, và việc sử dụng thuốc đó là một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế là việc sử dụng thuốc *hoặc là*:

- Được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm phê duyệt để chẩn đoán hoặc là tình trạng bệnh được kê toa.
- *hoặc* -- Được chứng minh bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như American Hospital Formulary Service Drug Information (Thông tin Thuốc của Dịch vụ Danh mục Thuốc của Bệnh viện Hoa Kỳ) và DRUGDEX Information System (Hệ thống Thông tin DRUGDEX).

“Danh sách Thuốc” bao gồm biệt dược, thuốc gốc và thuốc sinh học tương tự.

Biệt dược là thuốc theo toa được bán dưới tên thương hiệu thuộc sở hữu của một nhà sản xuất thuốc. Biệt dược phức tạp hơn thuốc thông thường (ví dụ, thuốc dựa trên protein) được gọi là sản phẩm sinh học. Trong “Danh sách Thuốc”, khi chúng tôi đề cập đến “thuốc”, đối tượng đó có thể có nghĩa là thuốc hoặc sản phẩm sinh học.

Thuốc gốc là thuốc theo toa có cùng thành phần hoạt chất với biệt dược. Vì các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc thông thường, nên thay vì có dạng chung, chúng có các lựa chọn thay thế được gọi là thuốc sinh học tương tự. Nhìn chung, thuốc gốc và thuốc sinh học tương tự có tác dụng tốt giống như biệt dược hoặc sản phẩm sinh học, và thường có giá thấp

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc theo toa thuộc Phần D

hơn. Có sẵn các loại thuốc gốc thay thế cho nhiều loại biệt dược. Có những lựa chọn thay thế sinh học tương tự cho một số sản phẩm sinh học.

Thuốc Không theo Toa

Một số loại thuốc không theo toa được đài thọ theo chương trình Medicaid của quý vị khi có trong toa thuốc từ nhà cung cấp của quý vị. Nếu quý vị có thắc mắc về quy trình này, vui lòng liên hệ với tổ chức chăm sóc phối hợp (CCO) của quý vị hoặc Oregon Health Plan nếu quý vị không tham gia CCO để tìm hiểu thêm về các quyền lợi thuốc theo toa được Oregon Health Plan đài thọ. Số điện thoại được liệt kê ở mặt sau CC hoặc Thẻ ID Chương trình Y tế Oregon của quý vị.

Nếu quý vị không nhận được toa thuốc từ nhà cung cấp của mình cho thuốc không theo toa, những toa thuốc này có thể được đài thọ bằng số tiền trong Thẻ CareOregon Advantage CareCard của quý vị. Vui lòng tham khảo Chương 4, Phần 2.1 để biết thêm thông tin về CareCard hoặc liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng (số điện thoại được in ở mặt sau của tập sách này).

Những gì không có trong “Danh sách Thuốc”?

Danh sách này chỉ dành cho thuốc Medicare Phần D. Nếu quý vị muốn tìm hiểu về các loại thuốc Phần D được Medicaid đài thọ, hãy gọi cho ban Dịch vụ Khách hàng (các số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này).

Chương trình không đài thọ tất cả các loại thuốc theo toa.

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

Phần 3.2**Có năm bậc chia sẻ chi phí cho thuốc trong “Danh sách Thuốc”**

Mỗi loại thuốc trong “Danh sách Thuốc” của chương trình đều thuộc một trong 5 bậc chia sẻ chi phí. Nhìn chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao thì chi phí thuốc của quý vị càng cao:

- **Bậc 1** là bậc chia sẻ chi phí thấp nhất và bao gồm **Thuốc gốc**.
- **Bậc 2** bao gồm **Biệt dược được Ưu tiên**.
- **Bậc 3** bao gồm **Biệt dược Không được Ưu tiên**.
- **Bậc 4** là bậc chia sẻ chi phí cao nhất và bao gồm **Thuốc chuyên khoa**.

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc theo toa thuộc Phần D

- **Bậc 5** bao gồm **Thuốc bổ sung hoặc các loại thuốc chọn lọc thường không được Medicare đài thọ.**

Để biết thuốc của quý vị thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, hãy tra cứu trong “Danh sách Thuốc” của chương trình.

Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc ở mỗi bậc chia sẻ chi phí được trình bày trong Chương 6 (*Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa Phần D*).

Phần 3.3 Làm cách nào quý vị có thể biết liệu một loại thuốc cụ thể có nằm trong “Danh sách Thuốc” hay không?”

Quý vị có hai cách để tìm ra:

1. Truy cập trang mạng của chương trình (careoregonadvantage.org/druglist). “Danh sách Thuốc” trên trang mạng luôn là mới nhất.
2. Gọi cho ban Dịch vụ Khách hàng để tìm hiểu xem một loại thuốc cụ thể có nằm trong “Danh sách Thuốc” của chương trình hay không, hoặc để yêu cầu một bản sao của danh sách.

PHẦN 4 Có những hạn chế về bảo hiểm đối với một số loại thuốc

Phần 4.1 Tại sao một số loại thuốc có hạn chế?

Đối với một số loại thuốc theo toa nhất định, các quy định đặc biệt hạn chế cách thức và thời gian mà chương trình đài thọ cho thuốc. Một nhóm bác sĩ và dược sĩ đã phát triển những quy tắc này để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng thuốc theo cách hiệu quả nhất. Để tìm hiểu xem có bất kỳ hạn chế nào áp dụng cho loại thuốc quý vị dùng hoặc muốn dùng hay không, hãy xem “Danh sách Thuốc”. Nếu một loại thuốc an toàn, chi phí thấp hơn có tác dụng tốt về mặt y tế tương tự như một loại thuốc chi phí cao hơn, thì các quy tắc của chương trình được thiết kế để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp sử dụng lựa chọn có chi phí thấp hơn.

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

Phần 4.2 Có những loại hạn chế nào?

Các phần bên dưới cho quý vị biết thêm về các loại hạn chế mà chúng tôi áp dụng đối với một số loại thuốc.

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc theo toa thuộc Phần D

Nếu có hạn chế dành cho thuốc của quý vị, điều đó thường có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ phải thực hiện thêm các bước bổ sung để chúng tôi đòi hỏi cho thuốc đó. Hãy liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng để tìm hiểu xem quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cần phải làm gì để được đòi hỏi cho loại thuốc đó. Nếu quý vị muốn chúng tôi hủy bỏ hạn chế cho quý vị, quý vị sẽ cần sử dụng quy trình quyết định bảo hiểm và yêu cầu chúng tôi đưa ra một ngoại lệ. Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý hủy bỏ hạn chế cho quý vị. (Xem Chương 9)

Hạn chế biệt dược, phiên bản thuốc gốc có sẵn

Nói chung, thuốc “gốc” có tác dụng tương tự như biệt dược và thường có giá thấp hơn. **Khi một phiên bản thuốc gốc của một biệt dược đang có sẵn, các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thuốc gốc thay vì biệt dược.** Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp của quý vị đã cho chúng tôi lý do y tế cho thấy rằng thuốc gốc, giống như các loại thuốc được đòi hỏi khác điều trị tình trạng tương tự, sẽ không có tác dụng với quý vị, thì chúng tôi sẽ đòi hỏi cho biệt dược. (Khoản chia sẻ chi phí của quý vị đối với biệt dược có thể cao hơn so với thuốc gốc).

Nhận được chấp thuận trước từ chương trình

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cần phải được chương trình chấp thuận trước khi chúng tôi đồng ý đòi hỏi thuốc cho quý vị. Việc này được gọi là **ủy quyền trước**. Ủy quyền trước được đưa ra để đảm bảo an toàn thuốc và giúp hướng dẫn sử dụng hợp lý một số loại thuốc. Nếu quý vị không nhận được sự chấp thuận này, thuốc của quý vị có thể không được chương trình đòi hỏi.

Thử một loại thuốc khác trước

Yêu cầu này khuyến khích quý vị thử dùng các loại thuốc ít tốn kém hơn nhưng thường có hiệu quả tương đương, trước khi chương trình đòi hỏi cho một loại thuốc khác. Ví dụ, nếu Thuốc A và Thuốc B điều trị cùng một tình trạng bệnh lý và Thuốc A ít tốn kém hơn, thì chương trình có thể yêu cầu quý vị dùng thử Thuốc A trước. Nếu Thuốc A không có tác dụng với quý vị, thì chương trình sẽ đòi hỏi cho Thuốc B. Yêu cầu trước tiên phải thử một loại thuốc khác được gọi là **liệu pháp từng bước**.

Giới hạn số lượng

Đối với một số loại thuốc, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể nhận trong mỗi lần mua thuốc theo toa. Ví dụ, nếu thông thường chỉ uống một viên mỗi ngày đối với một loại thuốc nhất định được coi là an toàn, thì chúng tôi có thể giới hạn đòi hỏi cho toa thuốc của quý vị ở mức không quá một viên mỗi ngày.

PHẦN 5 Điều gì sẽ xảy ra nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được đài thọ theo cách quý vị mong muốn?

Phần 5.1 Có những điều quý vị có thể làm nếu thuốc của quý vị không được đài thọ theo cách quý vị mong muốn

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

- Thuốc có thể không được đài thọ một phần nào. Hoặc có thể phiên bản thuốc gốc của thuốc đó được đài thọ, nhưng phiên bản biệt dược mà quý vị muốn dùng lại không được đài thọ.
- Loại thuốc đó được đài thọ, nhưng có thêm các quy định hoặc hạn chế về việc đài thọ cho loại thuốc đó, như được giải thích ở Phần 4.
- Có những điều quý vị có thể làm nếu thuốc của quý vị không được đài thọ theo cách quý vị mong muốn.
- Nếu thuốc của quý vị không nằm trong “Danh sách Thuốc”, hoặc nếu thuốc của quý vị bị hạn chế, hãy xem Phần 5.2 để tìm hiểu những gì quý vị có thể làm.

Phần 5.2 Quý vị có thể làm gì nếu thuốc của quý vị không có trong “Danh sách Thuốc”, hoặc nếu thuốc đó bị hạn chế?

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

- Quý vị có thể được cung cấp thuốc tạm thời.
- Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác.
- Quý vị có thể yêu cầu một trường hợp ngoại lệ và yêu cầu chương trình đài thọ thuốc hoặc hủy bỏ các hạn chế đối với thuốc.

Quý vị có thể được cung cấp tạm thời

Trong một số trường hợp nhất định, chương trình phải cung cấp tạm thời loại thuốc mà quý vị đang sử dụng. Việc cung cấp tạm thời này giúp quý vị có thời gian để trao đổi với nhà cung cấp của mình về sự thay đổi trong việc đài thọ, và quyết định những điều cần làm.

Để đủ điều kiện được cung cấp tạm thời, loại thuốc quý vị đang dùng **phải không còn trong “Danh sách Thuốc” của chương trình HOẶC hiện bị hạn chế theo một cách nào đó.**

- **Nếu quý vị là hội viên mới**, chúng tôi sẽ đài thọ việc cung cấp thuốc tạm thời cho quý vị trong **108 ngày** đầu tiên quý vị làm hội viên của chương trình.

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc theo toa thuộc Phần D

- **Nếu quý vị tham gia chương trình từ năm ngoái**, chúng tôi sẽ đòi hỏi việc cung cấp thuốc tạm thời cho quý vị trong **90 ngày** đầu tiên theo lịch.
- Việc cung cấp tạm thời này sẽ có hiệu lực tối đa 90 ngày (hoặc 31 ngày nếu quý vị cư trú tại cơ sở LTC). Nếu toa thuốc của quý vị được kê cho số ngày ít hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua thuốc nhiều lần để cung cấp thuốc cho tối đa 90 ngày (hoặc 31 ngày nếu quý vị cư trú tại cơ sở LTC). Toa thuốc phải được mua tại nhà thuốc trong mạng lưới. (Xin lưu ý rằng nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc với số lượng ít hơn tại một thời điểm để tránh lãng phí.)

- **Đối với những hội viên đã tham gia chương trình hơn 108 ngày, cư trú tại cơ sở chăm sóc dài hạn và cần được cung cấp thuốc ngay lập tức:**

Chúng tôi sẽ đòi hỏi cho việc cung cấp khẩn cấp trong 31 ngày của một loại thuốc cụ thể, hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị được kê cho số ngày ít hơn. Việc cung cấp này là bổ sung cho việc cung cấp tạm thời ở trên.

- **Đối với các hội viên hiện tại có thay đổi về mức độ chăm sóc:** Chúng tôi sẽ đòi hỏi việc cung cấp tạm thời, một lần (tối đa 30 ngày hoặc 31 ngày nếu quý vị cư trú tại cơ sở LTC) cho loại thuốc Phần D không nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi hoặc được đòi hỏi, nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí nhất định.

Ví dụ về thay đổi mức độ chăm sóc:

- Quý vị được xuất viện
- Quý vị được nhập viện hoặc xuất viện ở một cơ sở chăm sóc dài hạn
- Quý vị chuyển từ cơ sở chăm sóc dài hạn này sang cơ sở chăm sóc dài hạn khác
- Quý vị đã từ bỏ dịch vụ chăm sóc cuối đời
- Quý vị sống trong một cơ sở điều dưỡng chuyên môn và bảo hiểm Phần A của quý vị đã hết

Nếu có thắc mắc về việc cung cấp tạm thời, hãy gọi cho ban Dịch vụ Khách hàng (số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này).

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

1) Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác

Trao đổi với nhà cung cấp của quý vị về việc liệu có loại thuốc nào khác được chương trình đòi hỏi có thể có tác dụng tốt cho quý vị hay không. Quý vị có thể gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng để yêu cầu danh sách các loại thuốc được đòi hỏi dùng để điều trị cùng một tình trạng bệnh lý. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm ra loại thuốc được đòi hỏi có thể có tác dụng với quý vị.

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc theo toa thuộc Phần D**2) Quý vị có thể yêu cầu ngoại lệ**

Quý vị và nhà cung cấp của mình có thể yêu cầu chương trình đưa ra một ngoại lệ và đòi hỏi thuốc theo cách quý vị mong muốn. Nếu nhà cung cấp của quý vị nói rằng quý vị có lý do y tế chính đáng để yêu cầu chúng tôi đưa ra ngoại lệ, thì nhà cung cấp của quý vị có thể giúp quý vị yêu cầu ngoại lệ. Ví dụ, quý vị có thể yêu cầu chương trình đòi hỏi một loại thuốc mặc dù thuốc đó không có trong “Danh sách Thuốc” của chương trình. Hoặc quý vị có thể yêu cầu chương trình đưa ra ngoại lệ và đòi hỏi thuốc mà không có hạn chế.

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

Nếu quý vị và nhà cung cấp của mình muốn yêu cầu ngoại lệ, Chương 9, Phần 7.4 sẽ cho quý vị biết cần làm gì. Chương này giải thích các thủ tục và thời hạn đã được Medicare đặt ra để đảm bảo yêu cầu của quý vị được xử lý nhanh chóng và công bằng.

PHẦN 6 Điều gì sẽ xảy ra nếu bảo hiểm của quý vị thay đổi đối với một trong các loại thuốc của quý vị?

Phần 6.1 “Danh Sách Thuốc” có thể thay đổi trong năm

Hầu hết các thay đổi về bảo hiểm thuốc diễn ra vào đầu năm (ngày 1 Tháng Một). Tuy nhiên, trong năm, chương trình có thể thực hiện một số thay đổi đối với “Danh sách Thuốc.” Ví dụ, chương trình có thể:

- **Thêm hoặc xóa thuốc khỏi “Danh sách Thuốc.”**
- **Chuyển thuốc sang bậc chia sẻ chi phí cao hơn hoặc thấp hơn.**
- **Thêm hoặc hủy bỏ hạn chế về việc đòi hỏi cho một loại thuốc.**
- **Thay thế biệt dược bằng phiên bản thuốc gốc của thuốc đó.**

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

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

Thông tin về thay đổi đối với bảo hiểm thuốc

Khi có những thay đổi đối với “Danh sách Thuốc”, chúng tôi đăng thông tin trên trang mạng của mình về những thay đổi này. Chúng tôi cũng cập nhật “Danh sách Thuốc” trực tuyến của mình theo lịch trình thường xuyên. Dưới đây chúng tôi nêu những thời điểm quý vị sẽ nhận được thông báo trực tiếp, nếu có thay đổi đối với loại thuốc quý vị đang dùng.

Những thay đổi về bảo hiểm thuốc có ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình hiện tại

- **Một loại thuốc gốc mới thay thế biệt dược trong “Danh sách Thuốc” (hoặc chúng tôi thay đổi bậc chia sẻ chi phí hoặc thêm các hạn chế mới đối với biệt dược hoặc cả hai)**
 - Chúng tôi có thể xóa ngay một biệt dược ra khỏi “Danh sách Thuốc” nếu chúng tôi thay thế nó bằng phiên bản thuốc gốc mới được phê duyệt của cùng loại thuốc đó. Thuốc gốc sẽ xuất hiện ở cùng bậc chia sẻ chi phí hoặc thấp hơn, và có cùng hoặc ít hạn chế hơn. Chúng tôi có thể quyết định giữ lại biệt dược trong “Danh sách Thuốc”, nhưng ngay lập tức chuyển biệt dược đó sang bậc chia sẻ chi phí cao hơn, hoặc thêm các hạn chế mới, hoặc cả hai, khi thuốc gốc mới được thêm vào.
 - Chúng tôi có thể không thông báo trước cho quý vị trước khi thực hiện thay đổi đó—ngay cả khi quý vị hiện đang dùng biệt dược. Nếu quý vị đang dùng biệt dược vào thời điểm chúng tôi thực hiện thay đổi, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về (các) thay đổi cụ thể. Thông báo này cũng sẽ bao gồm thông tin về các bước quý vị có thể thực hiện để yêu cầu ngoại lệ đài thọ cho biệt dược. Quý vị có thể không nhận được thông báo này trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi.
 - Quý vị hoặc người kê toa của mình có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra một ngoại lệ và tiếp tục đài thọ biệt dược cho quý vị. Để biết thông tin về cách yêu cầu ngoại lệ, hãy xem Chương 9.
- **Thuốc không an toàn và thuốc khác thuộc “Danh mục Thuốc” bị rút khỏi thị trường**
 - Đôi khi một loại thuốc có thể bị coi là không an toàn hoặc bị rút khỏi thị trường vì lý do khác. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi có thể xóa thuốc đó khỏi “Danh sách Thuốc” ngay lập tức. Nếu quý vị đang dùng loại thuốc đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ngay lập tức.
 - Người kê toa của quý vị cũng sẽ biết về sự thay đổi này, và có thể làm việc với quý vị để tìm một loại thuốc khác cho tình trạng của quý vị.

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc theo toa thuộc Phần D

• Những thay đổi khác đối với thuốc trong “Danh Sách Thuốc”

- Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác khi năm bắt đầu ảnh hưởng đến loại thuốc quý vị đang dùng. Ví dụ, chúng tôi có thể thêm một loại thuốc gốc không phải là thuốc mới trên thị trường, để thay thế biệt dược trong “Danh sách Thuốc”, hoặc thay đổi bậc chia sẻ chi phí, hoặc thêm các hạn chế mới cho biệt dược, hoặc cả hai. Chúng tôi cũng có thể thực hiện các thay đổi dựa trên các cảnh báo đóng hộp của FDA hoặc các hướng dẫn lâm sàng mới được Medicare công nhận.
- Đối với những thay đổi này, chúng tôi phải thông báo trước cho quý vị ít nhất 30 ngày về thay đổi, hoặc thông báo cho quý vị về thay đổi và cấp thêm thuốc trong 30 ngày cho loại thuốc quý vị đang dùng tại nhà thuốc trong mạng lưới.
- Sau khi nhận được thông báo về sự thay đổi, quý vị nên làm việc với người kê toa của mình để chuyển sang loại thuốc khác mà chúng tôi đòi hỏi, hoặc đáp ứng bất kỳ hạn chế mới nào đối với loại thuốc quý vị đang dùng.
- Quý vị hoặc người kê toa của mình có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra ngoại lệ và tiếp tục đòi hỏi thuốc cho quý vị. Để biết thông tin về cách yêu cầu ngoại lệ, hãy xem Chương 9.

Những thay đổi đối với “Danh sách Thuốc” không ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình này

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

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

- Chúng tôi đặt ra hạn chế mới đối với việc sử dụng thuốc của quý vị.
- Chúng tôi loại bỏ thuốc của quý vị khỏi “Danh sách Thuốc.”

Nếu bất kỳ thay đổi nào ở trên xảy ra đối với loại thuốc quý vị đang dùng (ngoại trừ việc rút khỏi thị trường, thuốc gốc thay thế biệt dược hoặc thay đổi khác được ghi trong các phần ở trên), thì thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng của quý vị, hoặc số tiền quý vị phải trả như là khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho đến ngày 1 Tháng Một năm sau. Cho đến khi đó, quý vị có thể sẽ không thấy bất kỳ khoản thanh toán nào tăng lên hoặc bất kỳ hạn chế bổ sung nào đối với việc sử dụng thuốc của quý vị.

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc theo toa thuộc Phần D

Chúng tôi sẽ không trực tiếp thông báo cho quý vị biết về những loại thay đổi này trong năm kế hoạch hiện tại. Quý vị sẽ cần kiểm tra “Danh sách Thuốc” cho năm chương trình tiếp theo (khi danh sách này có sẵn trong giai đoạn đăng ký mở) để xem liệu có bất kỳ thay đổi nào đối với các loại thuốc quý vị đang dùng sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình tiếp theo không.

PHẦN 7 Những loại thuốc nào không được chương trình đài thọ?

Phần 7.1 Các loại thuốc chúng tôi không đài thọ

Phần này cho quý vị biết các loại thuốc theo toa nào bị “loại trừ”. Điều này có nghĩa là Medicare không thanh toán cho những loại thuốc này.

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

Dưới đây là ba quy tắc chung về các loại thuốc mà chương trình thuốc Medicare sẽ không đài thọ theo Phần D:

- Bảo hiểm thuốc Phần D trong chương trình của chúng tôi không thể đài thọ loại thuốc mà sẽ được đài thọ theo Medicare Phần A hoặc Phần B.
- Chương trình của chúng tôi không thể đài thọ cho thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.
- Chương trình của chúng tôi thường không thể đài thọ cho việc sử dụng thuốc kê toa không theo hướng dẫn trên nhãn. Việc sử dụng thuốc kê toa không theo hướng dẫn trên nhãn là bất kỳ việc sử dụng thuốc nào khác với những cách sử dụng được ghi trên nhãn thuốc đã được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm phê duyệt.
- Chỉ được phép đài thọ cho việc sử dụng thuốc kê toa không theo hướng dẫn trên nhãn khi việc sử dụng được chứng minh bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông tin Thuốc của Dịch vụ Danh mục Thuốc của Bệnh viện Hoa Kỳ và Hệ thống Thông tin DRUGDEX.

Ngoài ra, theo luật, các loại thuốc liệt kê dưới đây không được Medicare đài thọ.

- Thuốc không bán theo đơn (còn gọi là thuốc không theo toa)
 - Thuốc dùng để tăng cường khả năng sinh sản
 - Thuốc dùng để giảm triệu chứng ho hoặc cảm lạnh
 - Thuốc dùng cho mục đích thẩm mỹ hoặc kích thích mọc tóc

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc theo toa thuộc Phần D

- Vitamin và sản phẩm khoáng chất theo toa, ngoại trừ vitamin dành cho phụ nữ mang thai và chế phẩm florua
- Thuốc dùng để điều trị rối loạn chức năng tình dục hoặc cương dương
- Thuốc dùng điều trị chứng biếng ăn, giảm cân, tăng cân
- Thuốc dành cho bệnh nhân ngoại trú, mà nhà sản xuất yêu cầu các xét nghiệm hoặc dịch vụ theo dõi liên quan phải được mua độc quyền từ nhà sản xuất như một điều kiện bán hàng

Ngoài ra, nếu quý vị **đang nhận “Hỗ trợ Bổ sung” từ Medicare** để thanh toán cho toa thuốc của quý vị, chương trình “Hỗ trợ Bổ sung” sẽ không thanh toán cho các loại thuốc thường không được đài thọ. (Vui lòng tham khảo “Danh sách Thuốc” của chương trình hoặc gọi cho ban Dịch vụ khách hàng để biết thêm thông tin. Số điện thoại của ban Dịch vụ Khách hàng được in ở bìa sau của tập sách này.) Tuy nhiên, nếu quý vị có bảo hiểm thuốc thông qua Oregon Health Plan (Medicaid), Oregon Health Plan có thể đài thọ một số loại thuốc theo toa thường không được chương trình thuốc Medicare đài thọ. Vui lòng liên hệ với tổ chức chăm sóc phối hợp (CCO) của quý vị hoặc Oregon Health Plan nếu quý vị không tham gia CCO, để xác định loại hình bảo hiểm thuốc nào có thể được cung cấp cho quý vị. (Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên hệ của Oregon Health Plan ở Chương 2, Phần 6. Số điện thoại của CCO của quý vị được liệt kê ở mặt sau thẻ CCO hoặc thẻ ID Y tế Oregon của quý vị.)

PHẦN 8 **Mua thêm thuốc**

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

Để mua thuốc theo toa, hãy cung cấp thông tin hội viên chương trình của quý vị, thông tin này có thể tìm thấy trên thẻ hội viên của quý vị, tại nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị chọn. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ tự động lập hóa đơn cho chương trình để chúng tôi chia sẻ chi phí thuốc của quý vị. Quý vị sẽ phải thanh toán cho nhà thuốc phần chia sẻ chi phí *của quý vị* khi nhận toa thuốc.

Phần 8.2 **Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị không mang theo thông tin hội viên của mình?**

Nếu quý vị không mang theo thông tin hội viên chương trình của mình khi mua thuốc theo toa, quý vị hoặc nhà thuốc có thể gọi cho chương trình để nhận thông tin cần thiết, hoặc quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc tra cứu thông tin đăng ký chương trình của mình.

Nếu nhà thuốc không thể lấy được thông tin cần thiết, **quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí của toa thuốc khi nhận toa thuốc.** (Sau đó quý vị có thể **yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị** đối với phần của mình. Xem Chương 7, Phần 2 để biết thông tin về cách yêu cầu chương trình hoàn tiền.)

PHẦN 9 Bảo hiểm thuốc Phần D trong các tình huống đặc biệt

Phần 9.1 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị đang ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn để lưu trú, được chương trình đài thọ?

Nếu quý vị được đưa vào bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn để được chương trình đài thọ, chúng tôi thường sẽ thanh toán chi phí thuốc theo toa của quý vị trong thời gian quý vị nằm viện. Sau khi quý vị rời bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chương trình sẽ đài thọ cho thuốc theo toa của quý vị, miễn là thuốc đó đáp ứng tất cả các quy tắc bảo hiểm của chúng tôi được mô tả trong Chương này.

Phần 9.2 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị là cư dân của cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC)?

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

Hãy kiểm tra *Danh mục Nhà thuốc* để tìm hiểu xem nhà thuốc của cơ sở LTC của quý vị hay nhà thuốc mà cơ sở đó sử dụng có nằm trong mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không, hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin hoặc trợ giúp, vui lòng liên hệ với ban Dịch vụ khách hàng. Nếu quý vị đang ở trong cơ sở LTC, chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị có thể thường xuyên nhận được các quyền lợi Phần D của mình thông qua mạng lưới các nhà thuốc LTC của chúng tôi.

Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị là cư dân của cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) và cần một loại thuốc không có trong “Danh sách Thuốc” của chúng tôi, hoặc bị hạn chế?

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

Phần 9.3 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị cũng nhận được bảo hiểm thuốc từ chủ lao động hoặc chương trình nhóm người hưu trí?

Nếu quý vị hiện có bảo hiểm thuốc theo toa khác thông qua chủ lao động hoặc nhóm người hưu trí của quý vị (hoặc vợ/chồng hoặc bạn đời của quý vị), vui lòng liên hệ **người quản lý quyền lợi của nhóm đó**. Họ có thể giúp quý vị xác định bảo hiểm thuốc theo toa hiện tại của quý vị sẽ kết hợp như thế nào với chương trình của chúng tôi.

Nhìn chung, nếu quý vị có bảo hiểm nhóm dành cho nhân viên hoặc người hưu trí, bảo hiểm thuốc mà quý vị nhận được từ chúng tôi sẽ chỉ là *đứng thứ hai* so với bảo hiểm nhóm của quý vị. Điều đó có nghĩa là bảo hiểm nhóm của quý vị sẽ thanh toán trước.

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc theo toa thuộc Phần D

Lưu ý đặc biệt về bảo hiểm đáng tin cậy:

Mỗi năm, chủ lao động hoặc nhóm người hưu trí của quý vị sẽ gửi cho quý vị một thông báo cho biết liệu bảo hiểm thuốc theo toa của quý vị cho năm dương lịch tiếp theo có đáng tin cậy hay không.

Nếu bảo hiểm từ chương trình nhóm đáng tin cậy, điều đó có nghĩa là chương trình đó có bảo hiểm thuốc dự kiến sẽ chi trả trung bình ít nhất bằng với mức bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare.

Hãy giữ lại thông báo về bảo hiểm đáng tin cậy này bởi vì quý vị có thể cần đến về sau. Nếu quý vị ghi danh vào một chương trình Medicare bao gồm bảo hiểm thuốc Phần D, quý vị có thể cần thông báo này để chứng minh rằng quý vị đã duy trì bảo hiểm đáng tin cậy. Nếu quý vị không nhận được thông báo bảo hiểm đáng tin cậy, hãy yêu cầu một bản sao từ người quản lý quyền lợi của chủ lao động hoặc chương trình người hưu trí, hoặc chủ lao động, hoặc công đoàn.

Phần 9.4 Điều gì sẽ xảy ra nếu quý vị đang ở trong cơ sở chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận?

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

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

PHẦN 10 Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc

Phần 10.1 Các chương trình giúp hội viên sử dụng thuốc an toàn

Chúng tôi tiến hành đánh giá việc sử dụng thuốc cho các hội viên của mình để giúp đảm bảo rằng các hội viên nhận được dịch vụ chăm sóc an toàn và phù hợp.

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc theo toa thuốc Phần D

Chúng tôi thực hiện đánh giá mỗi khi quý vị mua thêm thuốc. Chúng tôi cũng thường xuyên xem xét lại hồ sơ. Trong quá trình xem xét này, chúng tôi tìm kiếm các vấn đề tiềm ẩn như:

- Sai sót về thuốc
- Các loại thuốc có thể không cần thiết vì quý vị đang dùng một loại thuốc khác để điều trị tình trạng tương tự
- Các loại thuốc có thể không an toàn hoặc không phù hợp với độ tuổi hoặc giới tính của quý vị
- Một số cách kết hợp thuốc có thể gây hại cho quý vị nếu dùng cùng lúc
- Toa thuốc có thành phần khiến quý vị bị dị ứng
- Sai sót về số lượng (liều lượng) thuốc quý vị đang dùng
- Lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn

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

Phần 10.2 Drug Management Program (DMP) để giúp các hội viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn

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

- Yêu cầu quý vị nhận tất cả các toa thuốc opioid hoặc benzodiazepine từ (các) nhà thuốc nhất định
- Yêu cầu quý vị nhận tất cả các toa thuốc opioid hoặc benzodiazepine từ (các) bác sĩ nhất định
- Giới hạn số lượng thuốc opioid benzodiazepine mà chúng tôi sẽ đòi hỏi cho quý vị

Nếu chúng tôi dự định giới hạn cách thức quý vị nhận những loại thuốc này, hoặc giới hạn số lượng quý vị nhận được, chúng tôi sẽ gửi thư trước cho quý vị. Thư này sẽ cho quý vị biết liệu chúng tôi có giới hạn việc đòi hỏi những loại thuốc này cho quý vị hay không, hoặc liệu quý vị sẽ

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc theo toa thuộc Phần D

chỉ được nhận toa thuốc cho những loại thuốc này từ một bác sĩ hoặc nhà thuốc cụ thể. Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết quý vị muốn sử dụng bác sĩ hoặc nhà thuốc nào, và về bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị cho là quan trọng và chúng tôi cần biết. Sau khi quý vị có cơ hội phản hồi, nếu chúng tôi quyết định giới hạn bảo hiểm của quý vị đối với những loại thuốc này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư khác để xác nhận giới hạn đó. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã có nhầm lẫn, hoặc quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi hoặc với giới hạn, quý vị và người kê toa của mình có quyền kháng nghị. Nếu quý vị kháng nghị, chúng tôi sẽ xem xét trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định mới cho quý vị. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần nào trong yêu cầu của quý vị liên quan đến những hạn chế áp dụng cho khả năng tiếp cận thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến một người đánh giá độc lập ngoài chương trình của chúng tôi. Xem Chương 9 để biết thông tin về cách yêu cầu kháng nghị.

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

Phần 10.3 Medication Therapy Management (MTM) và các chương trình khác để giúp hội viên quản lý thuốc của mình

Chúng tôi có một chương trình có thể giúp đỡ các hội viên có nhu cầu sức khỏe phức tạp. Một chương trình được gọi là Medication Therapy Management (MTM, Quản lý Trị liệu bằng Thuốc). Những chương trình này là tự nguyện và miễn phí. Một nhóm dược sĩ và bác sĩ đã phát triển các chương trình cho chúng tôi để giúp đảm bảo rằng các hội viên nhận được quyền lợi cao nhất từ loại thuốc họ dùng.

Một số hội viên dùng thuốc điều trị các tình trạng bệnh lý khác nhau và có chi phí thuốc cao, hoặc tham gia DMP để giúp các hội viên sử dụng opioid một cách an toàn, có thể nhận được các dịch vụ thông qua chương trình MTM. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình, dược sĩ hoặc chuyên gia y tế khác sẽ cung cấp cho quý vị đánh giá toàn diện về tất cả các loại thuốc của quý vị. Trong quá trình xem xét, quý vị có thể trao đổi về thuốc, chi phí của mình cũng như mọi vấn đề hoặc thắc mắc mà quý vị có về thuốc theo toa và thuốc không theo toa. Quý vị sẽ nhận được một bản tóm tắt bằng văn bản, trong đó có danh sách việc cần làm được đề xuất, bao gồm các bước quý vị nên thực hiện để đạt được hiệu quả tốt nhất từ thuốc của mình. Quý vị cũng sẽ nhận được một danh sách thuốc bao gồm tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, liều lượng dùng cũng như thời điểm và lý do quý vị sử dụng thuốc. Ngoài ra, các hội viên trong chương trình MTM sẽ nhận được thông tin về cách tiêu hủy an toàn các loại thuốc theo toa vốn là chất được kiểm soát.

Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các thuốc theo toa thuộc Phần D

Quý vị nên trao đổi với bác sĩ về danh sách việc cần làm và danh sách thuốc được khuyến nghị. Hãy mang theo bản tóm tắt khi đến thăm khám hoặc bất cứ lúc nào quý vị trao đổi với bác sĩ, dược sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Ngoài ra, hãy cập nhật danh sách thuốc của quý vị và mang theo bên mình (ví dụ, giấy tờ tùy thân của quý vị) trong trường hợp quý vị đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu.

Nếu chúng tôi có chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ tự động ghi danh cho quý vị vào chương trình và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị quyết định không tham gia, vui lòng thông báo cho chúng tôi và chúng tôi sẽ hủy ghi danh cho quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về các chương trình này, vui lòng liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng (số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này).

CHƯƠNG 6:

Số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa Phần D

Chương 6 Quý vị cần chi trả khoản gì đối với thuốc theo toa thuộc Phần D của quý vị



Làm thế nào quý vị có thể nhận được thông tin về chi phí thuốc của mình

Vì đủ điều kiện nhận Medicaid, nên quý vị đủ tư cách và nhận được “Hỗ trợ Bổ sung” từ Medicare để chi trả chi phí cho chương trình thuốc theo toa của mình. Vì quý vị tham gia chương trình “Hỗ trợ bổ sung”, **một số thông tin trong Chứng từ Bảo hiểm này về chi phí thuốc theo toa Phần D có thể không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị một trang phụ tách rời, gọi là *Điều khoản bổ sung của Chứng từ Bảo hiểm dành cho những Người Nhận Trợ giúp Bổ sung trong việc Chi trả Thuốc theo toa* (cũng được biết đến là Low-Income Subsidy Rider (Điều khoản bổ sung của Trợ cấp cho Người có Thu nhập Thấp) hoặc LIS Rider), cung cấp thông tin cho quý vị về bảo hiểm thuốc. Nếu quý vị không có trang phụ này, vui lòng gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng và yêu cầu Điều khoản bổ sung LIS.

PHẦN 1

Giới thiệu

Phần 1.1

Sử dụng chương này cùng với các tài liệu khác giải thích về bảo hiểm thuốc của quý vị

Chương này tập trung vào số tiền quý vị phải trả cho thuốc theo toa Phần D. Tóm tắt một cách đơn giản, chúng tôi dùng từ **thuốc** trong chương này để chỉ đến thuốc theo toa Phần D. Như đã giải thích ở Chương 5, không phải tất cả các loại thuốc đều là thuốc Phần D – một số loại thuốc bị pháp luật loại trừ khỏi bảo hiểm Phần D. Một số loại thuốc bị loại trừ khỏi bảo hiểm Phần D sẽ được đài thọ theo Medicare Phần A hoặc Phần B theo Medicaid. Ngoài ra, một số loại thuốc bị loại trừ có thể được chương trình của chúng tôi đài thọ.

Để hiểu về thông tin thanh toán, quý vị cần biết loại thuốc nào được đài thọ, nơi mua thuốc theo toa, và những quy tắc cần tuân theo khi quý vị nhận thuốc được đài thọ. Chương 5, Phần 1 đến Phần 4 giải thích các quy tắc này. Khi quý vị sử dụng “Real-Time Benefit Tool” (Công cụ Quyền lợi theo Thời gian Thực) của chương trình để tra cứu bảo hiểm thuốc (xem Chương 3, Phần 3.3), chi phí hiển thị được cung cấp theo “thời gian thực”, nghĩa là chi phí quý vị thấy trong công cụ phản ánh một thời điểm để đưa ra ước tính về chi phí tự trả mà quý vị dự kiến phải trả. Quý vị cũng có thể lấy thông tin từ “Công cụ Quyền lợi theo Thời gian Thực” cung cấp bằng cách gọi cho ban Dịch vụ khách hàng.

Phần 1.2

Các loại chi phí tự trả mà quý vị có thể phải thanh toán cho các loại thuốc được đài thọ

Có nhiều loại chi phí tự trả khác nhau cho thuốc Phần D. Số tiền quý vị phải trả cho một loại thuốc được gọi là **khoản chia sẻ chi phí**, và có ba cách quý vị có thể được yêu cầu thanh toán.

Chương 6 Quý vị cần chi trả khoản gì đối với thuốc theo toa thuộc Phần D của quý vị

- **Khoản khấu trừ** là số tiền quý vị thanh toán cho thuốc trước khi chương trình của chúng tôi bắt đầu thanh toán phần của mình.
- **Khoản đồng thanh toán** là số tiền cố định quý vị phải trả mỗi lần mua thuốc theo toa.
- **Khoản đồng bảo hiểm** là tỷ lệ phần trăm của tổng chi phí quý vị phải trả trong mỗi lần mua thuốc theo toa.

Phần 1.3 Cách Medicare tính chi phí tự trả của quý vị

Medicare có các quy định về những gì được tính và những gì không được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Dưới đây là các quy tắc chúng tôi phải tuân theo để theo dõi chi phí tự trả của quý vị.

Những khoản thanh toán này được bao gồm trong chi phí tự trả của quý vị

Chi phí tự chi trả của quý vị bao gồm các khoản thanh toán được liệt kê bên dưới (miễn là các khoản này dành cho các loại thuốc được bảo hiểm Phần D và quý vị đã tuân thủ các quy định về bảo hiểm thuốc được giải thích trong Chương 5):

- Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc khi quý vị đang ở bất kỳ giai đoạn thanh toán thuốc nào sau đây:
 - Giai đoạn Khấu trừ
 - Giai đoạn Đàm thọ Ban đầu
- Bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã trả trong năm dương lịch này với tư cách là hội viên của một chương trình thuốc theo toa Medicare khác, trước khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

Người thanh toán là quan trọng:

- Nếu quý vị **tự mình** thanh toán, khoản thanh toán được bao gồm trong chi phí tự trả của quý vị.
- Các khoản thanh toán này *cũng được bao gồm* trong chi phí tự trả của quý vị nếu việc thanh toán được thực hiện thay mặt cho quý vị bởi **một số cá nhân hoặc tổ chức khác**. Điều này bao gồm các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị do bạn bè hoặc người thân thực hiện, bởi các tổ chức từ thiện, bởi các chương trình hỗ trợ thuốc AIDS, bởi Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm Tiểu bang được Medicare đánh giá đủ tiêu chuẩn, hoặc bởi Dịch vụ Y tế cho Người Da Đỏ. Các khoản thanh toán do Chương trình “Hỗ trợ Bổ sung” của Medicare thực hiện cũng được bao gồm.
- Một số khoản thanh toán được thực hiện bởi Medicare Coverage Gap Discount Program (Chương trình Giảm giá Khoảng trống Bảo hiểm Medicare) được bao gồm trong chi phí tự trả của quý vị. Số tiền mà nhà sản xuất trả cho biệt dược của quý vị cũng được bao gồm. Nhưng số tiền chương trình thanh toán cho thuốc gốc của quý vị không được bao gồm.

Chương 6 Quý vị cần chi trả khoản gì đối với thuốc theo toa thuộc Phần D của quý vị

Chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương:

Khi quý vị (hoặc những người thanh toán thay mặt quý vị) đã chi tổng cộng \$8,000 chi phí tự trả trong năm dương lịch, quý vị sẽ chuyển từ Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương.

Các khoản thanh toán này không được bao gồm trong chi phí tự trả của quý vị

Chi phí tự chi trả của quý vị **không bao gồm** bất kỳ loại thanh toán nào sau đây:

- Phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị.
- Thuốc quý vị mua bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.
- Thuốc không được chương trình của chúng tôi đài thọ.
- Thuốc quý vị mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới không đáp ứng các yêu cầu của chương trình về bảo hiểm ngoài mạng lưới.
- Thuốc theo toa được đài thọ bởi Phần A hoặc Phần B.
- Các khoản thanh toán quý vị thực hiện đối với các loại thuốc được đài thọ theo bảo hiểm bổ sung của chúng tôi, nhưng thường không được đài thọ trong Chương trình Thuốc Theo toa của Medicare.
- Các khoản thanh toán quý vị thực hiện đối với thuốc theo toa thường không được đài thọ trong Chương trình Thuốc Theo toa của Medicare.
- Các khoản thanh toán do chương trình thực hiện cho biệt dược hoặc thuốc gốc của quý vị khi đang tham gia Khoảng trống Bảo hiểm.
- Các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị được thực hiện bởi các chương trình sức khỏe nhóm, bao gồm các chương trình sức khỏe của chủ lao động.
- Các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị được thực hiện bởi một số chương trình bảo hiểm và chương trình y tế do chính phủ tài trợ như TRICARE và Veterans Affairs.
- Các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị được thực hiện bởi bên thứ ba có nghĩa vụ pháp lý phải thanh toán chi phí thuốc theo toa (ví dụ, Bồi thường cho Người lao động).

Nhắc nhở: Nếu bất kỳ tổ chức nào khác, ví dụ như những tổ chức được liệt kê ở trên, thanh toán một phần hoặc toàn bộ chi phí tự trả cho thuốc của quý vị, quý vị phải thông báo cho chương trình của chúng tôi bằng cách gọi cho ban Dịch vụ Khách hàng.

Chương 6 Quý vị cần chi trả khoản gì đối với thuốc theo toa thuộc Phần D của quý vị

Làm thế nào để quý vị có thể theo dõi tổng số tiền tự chi trả của mình?

- **Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị.** Part D Explanation of Benefits (EOB, Báo cáo Giải thích Quyền lợi) Phần D mà quý vị nhận được bao gồm khoản chi phí tự trả hiện tại của quý vị. Khi số tiền này đạt đến \$8,000, báo cáo này sẽ cho quý vị biết rằng quý vị đã rời khỏi Giai đoạn Bảo hiểm và chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương.
- **Hãy chắc chắn rằng chúng tôi có những thông tin mà chúng tôi cần.** Phần 3.2 cho biết những điều quý vị có thể làm để đảm bảo rằng hồ sơ của chúng tôi về số tiền quý vị đã chi tiêu đã đầy đủ và được cập nhật.

PHẦN 2 Số tiền quý vị thanh toán cho một loại thuốc tùy thuộc vào giai đoạn thanh toán thuốc của quý vị vào thời điểm nhận thuốc

Phần 2.1 Các giai đoạn thanh toán thuốc dành cho hội viên CareOregon Advantage Plus là gì?

Có bốn **giai đoạn thanh toán thuốc** đối với bảo hiểm thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị theo CareOregon Advantage Plus. Số tiền quý vị phải thanh toán tùy thuộc vào việc quý vị đang ở giai đoạn nào ở thời điểm mua hoặc mua thêm thuốc theo toa. Chi tiết về từng giai đoạn có trong Phần 4 đến Phần 7 của chương này. Các giai đoạn đó là:

Giai đoạn 1: Giai đoạn Khấu trừ Hàng năm

Giai đoạn 2: Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu

Giai đoạn 3: Giai đoạn Khoảng trống Bảo hiểm

Giai đoạn 3: Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương

PHẦN 3 Chúng tôi gửi cho quý vị báo cáo giải thích các khoản thanh toán cho thuốc của quý vị và về việc quý vị đang ở giai đoạn thanh toán nào

Phần 3.1 Chúng tôi gửi cho quý vị bản tóm tắt hàng tháng có tên là *Giải thích Quyền lợi Phần D* (EOB Phần D)

Chương trình của chúng tôi theo dõi chi phí thuốc theo toa của quý vị cùng với các khoản thanh toán quý vị đã thực hiện khi mua hoặc mua thêm thuốc theo toa tại nhà thuốc. Bằng cách này,

Chương 6 Quý vị cần chi trả khoản gì đối với thuốc theo toa thuộc Phần D của quý vị

Chúng tôi có thể thông báo cho quý vị biết thời điểm quý vị chuyển từ giai đoạn thanh toán thuốc này sang giai đoạn thanh toán thuốc tiếp theo. Cụ thể, chúng tôi theo dõi hai loại chi phí:

- Chúng tôi theo dõi số tiền quý vị đã thanh toán. Số tiền này được gọi là **Chi phí tự chi trả**.
- Chúng tôi theo dõi **Tổng Chi phí Thuốc** của quý vị. Đây là số tiền quý vị tự chi trả hoặc người khác thanh toán thay cho quý vị, cộng với số tiền mà chương trình chi trả.

Nếu quý vị đã mua một hoặc nhiều toa thuốc thông qua chương trình trong tháng trước, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị EOB Phần D. EOB Phần D bao gồm:

- **Thông tin cho tháng đó.** Báo cáo này cung cấp chi tiết thanh toán về các toa thuốc quý vị đã mua trong tháng trước. Báo cáo cho thấy tổng chi phí thuốc, số tiền chương trình đã thanh toán và số tiền mà quý vị và những người thay mặt quý vị đã thanh toán.
- **Tổng chi phí trong năm kể từ ngày 1 Tháng Một.** Đây được gọi là thông tin cập nhật hàng năm. Thông tin này cho thấy tổng chi phí thuốc và tổng số tiền thanh toán cho thuốc của quý vị tính từ đầu năm.
- **Thông tin giá thuốc.** Thông tin này sẽ cho thấy tổng giá thuốc và thông tin về việc tăng giá tính từ lần mua đầu tiên cho mỗi yêu cầu kê toa có cùng số lượng.
- **Toa thuốc lựa chọn thay thế với chi phí thấp hơn hiện có.** Toa thuốc sẽ bao gồm thông tin về các loại thuốc hiện có khác với mức chia sẻ chi phí thấp hơn cho mỗi yêu cầu kê đơn.

Phần 3.2

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

Để theo dõi chi phí thuốc của quý vị và số tiền quý vị thanh toán cho thuốc, chúng tôi sử dụng hồ sơ nhận được từ các nhà thuốc. Đây là cách quý vị có thể giúp chúng tôi đảm bảo thông tin của quý vị luôn chính xác và cập nhật:

- **Xuất trình thẻ hội viên của quý vị mỗi lần mua thuốc theo toa.** Điều này giúp đảm bảo rằng chúng tôi có thông tin về toa thuốc quý vị đang mua và số tiền quý vị đang thanh toán.
- **Hãy chắc chắn rằng chúng tôi có những thông tin chúng tôi cần.** Có những thời điểm quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho một loại thuốc theo toa. Trong những trường hợp này, chúng tôi sẽ không tự động nhận được thông tin cần thiết để theo dõi chi phí tự trả của quý vị. Để giúp chúng tôi theo dõi chi phí tự trả của quý vị, hãy cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai của quý vị, Dưới đây là ví dụ về thời điểm quý vị cần cung cấp cho chúng tôi bản sao biên lai thuốc:

Chương 6 Quý vị cần chi trả khoản gì đối với thuốc theo toa thuộc Phần D của quý vị

- Khi quý vị mua một loại thuốc được đài thọ tại nhà thuốc trong mạng lưới với mức giá đặc biệt, hoặc sử dụng thẻ giảm giá không thuộc quyền lợi của chương trình chúng tôi
- Khi quý vị thực hiện khoản đồng thanh toán cho các loại thuốc được cung cấp theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc
- Bất kỳ lúc nào quý vị mua thuốc được đài thọ tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới, hoặc khi quý vị đã thanh toán toàn bộ chi phí cho loại thuốc được đài thọ trong những trường hợp đặc biệt

Nếu quý vị được lập hóa đơn cho một loại thuốc được đài thọ, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi thanh toán phần chi phí của chúng tôi. Để xem hướng dẫn về cách yêu cầu, hãy xem Chương 7, Phần 2.

- **Gửi cho chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán mà người khác đã trả thay cho quý vị.** Các khoản thanh toán được thực hiện bởi một số cá nhân và tổ chức khác cũng được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Ví dụ, các khoản thanh toán được thực hiện bởi Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm Tiểu bang, chương trình hỗ trợ thuốc AIDS (ADAP), Dịch vụ Y tế cho Người Da Đỏ và hầu hết các tổ chức từ thiện đều được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Hãy ghi lại các khoản thanh toán này và gửi cho chúng tôi để chúng tôi có thể theo dõi chi phí của quý vị.
- **Hãy kiểm tra báo cáo bằng văn bản mà chúng tôi gửi tới quý vị.** Khi quý vị nhận được EOB Phần D, hãy xem để đảm bảo thông tin đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị cho rằng còn thiếu thông tin hoặc có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho chúng tôi theo ban Dịch vụ Khách hàng. Hãy giữ lại các báo cáo này.

PHẦN 4 **Trong Giai đoạn Khấu trừ, quý vị thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc Bậc 1-4**

Bởi vì hầu hết các hội viên của chúng tôi đều nhận được “Hỗ trợ Bổ sung” đối với chi phí thuốc theo toa, nên Giai đoạn Khấu trừ không áp dụng cho đa số các hội viên. Nếu quý vị nhận “Hỗ trợ Bổ sung”, giai đoạn thanh toán này không áp dụng cho quý vị.

PHẦN 5 **Trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, chương trình sẽ thanh toán một phần chi phí thuốc của quý vị và quý vị tự thanh toán phần chi phí của mình**

Phần 5.1 **Số tiền quý vị thanh toán cho một loại thuốc tùy thuộc vào loại thuốc và địa điểm quý vị mua thuốc theo toa**

Trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, chương trình sẽ thanh toán một phần chi phí thuốc theo toa được đài thọ của quý vị, và quý vị thanh toán phần chi phí của mình (đồng thanh toán). Khoản chia sẻ chi phí của quý vị sẽ thay đổi tùy thuộc vào loại thuốc và địa điểm quý vị mua thuốc theo toa.

Chương trình có năm bậc chia sẻ chi phí

Mỗi loại thuốc có trong “Danh sách Thuốc” của chương trình đều thuộc một trong năm bậc chia sẻ chi phí. Nhìn chung, số bậc chia sẻ chi phí càng cao thì chi phí thuốc của quý vị càng cao:

- **Bậc 1** là bậc chia sẻ chi phí thấp nhất và bao gồm **Thuốc gốc**.
- **Bậc 2** bao gồm **Biệt dược được Ưu tiên**.
- **Bậc 3** bao gồm **Biệt dược Không được Ưu tiên**.
- **Bậc 4** là bậc chia sẻ chi phí cao nhất và bao gồm **Thuốc chuyên khoa**.
- **Bậc 5** bao gồm **Thuốc bổ sung hoặc các loại thuốc chọn lọc thường không được Medicare đài thọ**.

Để biết thuốc của quý vị thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, hãy tra cứu trong “Danh sách Thuốc” của chương trình.

Lựa chọn nhà thuốc của quý vị

Số tiền quý vị thanh toán cho một loại thuốc tùy thuộc vào địa điểm quý vị nhận thuốc, từ:

- Nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới
- Nhà thuốc không nằm trong mạng lưới của chương trình. Chúng tôi đài thọ cho các toa thuốc được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới chỉ trong một số trường hợp hạn chế. Vui lòng xem Chương 5, Phần 2.5 để biết khi nào chúng tôi sẽ đài thọ cho toa thuốc được mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới.
- Nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện của chương trình.

Chương 6 Quý vị cần chi trả khoản gì đối với thuốc theo toa thuộc Phần D của quý vị

Để biết thêm thông tin về các lựa chọn nhà thuốc và việc mua thuốc theo toa của quý vị, hãy xem Chương 5 và *Danh mục Nhà thuốc* của chương trình.

Phần 5.2 Bảng trình bày chi phí của quý vị dành cho lượng thuốc cung cấp trong một tháng

Trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, phần chi phí thuốc được đài thọ của quý vị sẽ là khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm.

Như được trình bày trong bảng bên dưới, số tiền đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm tùy thuộc vào mức chia sẻ chi phí. Đôi khi chi phí thuốc thấp hơn khoản đồng thanh toán của quý vị. Trong những trường hợp này, quý vị phải thanh toán giá thuốc thấp hơn, thay vì trả khoản đồng thanh toán.

Phần chi phí của quý vị khi nhận lượng thuốc theo toa Phần D được đài thọ trong một tháng:

	Khoản chia sẻ chi phí bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (lượng thuốc tối đa 30 ngày)	Khoản chia sẻ chi phí đặt hàng qua đường bưu điện (lượng thuốc tối đa 30 ngày)	Khoản chia sẻ chi phí chăm sóc dài hạn (LTC) (lượng thuốc tối đa 30 ngày)	Khoản chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới (Phạm vi đài thọ bị giới hạn trong một số trường hợp nhất định; xem Chương 5 để biết chi tiết.) (lượng thuốc tối đa 30 ngày)
Bậc				
Chia sẻ Chi phí Bậc 1 (Thuốc Gốc)	Quý vị thanh toán \$0 cho các loại thuốc có trong danh mục thuốc. Đối với các loại thuốc không có trong danh mục thuốc, tùy thuộc vào thu nhập và tình trạng chăm sóc dài hạn của quý vị, quý vị phải trả các khoản sau: \$0, \$1.55, hoặc \$4.50			Yêu cầu phê duyệt từ chương trình. Việc hoàn tiền phần chia sẻ chi phí của chúng tôi dựa trên giá của nhà thuốc trong mạng lưới.
Chia sẻ Chi phí Bậc 2 (Biệt dược được Ưu tiên)	Quý vị thanh toán \$0 cho các loại thuốc có trong danh mục thuốc. Đối với các loại thuốc không có trong danh mục thuốc, tùy thuộc vào thu nhập và tình trạng chăm sóc dài hạn của quý vị, quý vị phải trả các khoản sau: \$0, \$4.60, hoặc \$11.20			Yêu cầu phê duyệt từ chương trình. Việc hoàn tiền phần chia sẻ chi phí của chúng tôi dựa trên giá của nhà thuốc trong mạng lưới.

Chương 6 Quý vị cần chi trả khoản gì đối với thuốc theo toa thuộc Phần D của quý vị

	Khoản chia sẻ chi phí bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (lượng thuốc tối đa 30 ngày)	Khoản chia sẻ chi phí đặt hàng qua đường bưu điện (lượng thuốc tối đa 30 ngày)	Khoản chia sẻ chi phí chăm sóc dài hạn (LTC) (lượng thuốc tối đa 30 ngày)	Khoản chia sẻ chi phí ngoài mạng lưới (Phạm vi đài thọ bị giới hạn trong một số trường hợp nhất định; xem Chương 5 để biết chi tiết.) (lượng thuốc tối đa 30 ngày)
Bậc				
Chia sẻ Chi phí Bậc 3 (Biệt dược Không được Ưu tiên)	Quý vị thanh toán \$0 cho các loại thuốc có trong danh mục thuốc. Đối với các loại thuốc không có trong danh mục thuốc, tùy thuộc vào thu nhập và tình trạng chăm sóc dài hạn của quý vị, quý vị phải trả các khoản sau: \$0, \$4.60, hoặc \$11.20			Yêu cầu phê duyệt từ chương trình. Việc hoàn tiền phần chia sẻ chi phí của chúng tôi dựa trên giá của nhà thuốc trong mạng lưới
Chia sẻ Chi phí Bậc 4 (Thuốc Chuyên khoa)	Quý vị thanh toán \$0 cho các loại thuốc có trong danh mục thuốc. Đối với các loại thuốc không có trong danh mục thuốc, tùy thuộc vào thu nhập và tình trạng chăm sóc dài hạn của quý vị, quý vị phải trả các khoản sau: Đối với thuốc gốc (bao gồm biệt dược được xem như là thuốc gốc): \$0, \$1.55, hoặc \$4.50 Đối với tất cả các loại thuốc khác: \$0, \$4.60, hoặc \$11.20			Yêu cầu phê duyệt từ chương trình. Việc hoàn tiền phần chia sẻ chi phí của chúng tôi dựa trên giá của nhà thuốc trong mạng lưới
Chia sẻ Chi phí Bậc 5 (Thuốc Bổ sung)	\$1.55	\$1.55	\$1.55	Yêu cầu phê duyệt từ chương trình. Việc hoàn tiền phần chia sẻ chi phí của chúng tôi dựa trên giá của nhà thuốc trong mạng lưới.

Vui lòng xem Phần 9 của chương này để biết thêm thông tin về chia sẻ chi phí vắc xin Phần D đối với vắc xin Phần D.

Phần 5.3 Nếu bác sĩ kê toa thuốc dùng trong chưa đến một tháng, quý vị có thể không phải thanh toán chi phí cho lượng thuốc dùng cho cả tháng

Thông thường, số tiền quý vị thanh toán cho một loại thuốc theo toa sẽ dành cho lượng thuốc dùng trong cả tháng. Có những thời điểm quý vị hoặc bác sĩ của quý vị muốn dùng thuốc trong chưa đến một tháng (ví dụ, khi quý vị đang thử dùng thuốc lần đầu tiên). Quý vị cũng có thể yêu cầu bác sĩ kê toa, và dược sĩ phân phối, một lượng thuốc ít hơn số lượng dùng cho cả tháng, nếu việc này giúp quý vị dự tính tiện lợi hơn về ngày mua thêm thuốc cho các đơn thuốc khác nhau.

Chương 6 Quý vị cần chi trả khoản gì đối với thuốc theo toa thuộc Phần D của quý vị

Nếu quý vị nhận một lượng thuốc nhất định dùng trong chưa đến một tháng, thì quý vị sẽ không phải thanh toán cho lượng thuốc dùng cho cả tháng.

- Nếu quý vị chịu trách nhiệm trả tiền đồng bảo hiểm, quý vị sẽ phải thanh toán một *tỉ lệ phần trăm* trên tổng chi phí thuốc. Vì khoản đồng bảo hiểm dựa trên tổng chi phí thuốc, nên chi phí của quý vị sẽ thấp hơn do tổng chi phí thuốc thấp hơn.
- Nếu quý vị có trách nhiệm đồng thanh toán cho thuốc, quý vị sẽ chỉ thanh toán cho số ngày dùng thuốc đã nhận, thay vì thanh toán cho cả tháng. Chúng tôi sẽ tính toán số tiền quý vị phải thanh toán mỗi ngày cho thuốc (mức chia sẻ chi phí hàng ngày) và nhân số tiền đó với số ngày dùng thuốc mà quý vị nhận được.

Phần 5.4 Bảng trình bày chi phí của quý vị cho việc cung cấp thuốc dài hạn (100 ngày)

Đối với một số loại thuốc, quý vị có thể được sự cung cấp dài hạn (còn gọi là cung cấp mở rộng). Việc cung cấp dài hạn có thể là cung cấp lên tới 100 ngày.

Bảng dưới đây cho biết số tiền quý vị phải thanh toán khi được cung cấp thuốc dài hạn.

Phần chi phí chia sẻ của quý vị khi được cung cấp thuốc theo toa Phần D được đài thọ dài hạn:

Bậc	Khoản chia sẻ chi phí bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (lượng thuốc tối đa 100 ngày)	Khoản chia sẻ chi phí đặt hàng qua đường bưu điện (lượng thuốc tối đa 100 ngày)
Chia sẻ Chi phí Bậc 1 (Thuốc gốc)	Quý vị thanh toán \$0 cho các loại thuốc có trong danh mục thuốc. Đối với các loại thuốc không có trong danh mục thuốc, tùy thuộc vào thu nhập và tình trạng chăm sóc dài hạn của quý vị, quý vị phải trả các khoản sau: \$0, \$1.55, hoặc \$4.50	
Chia sẻ Chi phí Bậc 2 (Biệt dược được Ưu tiên)	Quý vị thanh toán \$0 cho các loại thuốc có trong danh mục thuốc. Đối với các loại thuốc không có trong danh mục thuốc, tùy thuộc vào thu nhập và tình trạng chăm sóc dài hạn của quý vị, quý vị phải trả các khoản sau: \$0, \$4.60, hoặc \$11.20	

Chương 6 Quý vị cần chi trả khoản gì đối với thuốc theo toa thuộc Phần D của quý vị

Bậc	Khoản chia sẻ chi phí bán lẻ tiêu chuẩn (trong mạng lưới) (lượng thuốc tối đa 100 ngày)	Khoản chia sẻ chi phí đặt hàng qua đường bưu điện (lượng thuốc tối đa 100 ngày)
Chia sẻ Chi phí Bậc 3 (Biệt dược Không được Ưu tiên)	<p>Quý vị thanh toán \$0 cho các loại thuốc có trong danh mục thuốc.</p> <p>Đối với các loại thuốc không có trong danh mục thuốc, tùy thuộc vào thu nhập và tình trạng chăm sóc dài hạn của quý vị, quý vị phải trả các khoản sau: \$0, \$4.60, hoặc \$11.20</p>	
Chia sẻ Chi phí Bậc 4 (Thuốc chuyên khoa)	<p>Quý vị thanh toán \$0 cho các loại thuốc có trong danh mục thuốc.</p> <p>Đối với các loại thuốc không có trong danh mục thuốc, tùy thuộc vào thu nhập và tình trạng chăm sóc dài hạn của quý vị, quý vị phải trả các khoản sau:</p> <p>Đối với thuốc gốc (bao gồm biệt dược được xem như là thuốc gốc): \$0, \$1.55, hoặc \$4.50 Đối với tất cả các loại thuốc khác: \$0, \$4.60, hoặc \$11.20</p>	
Chia sẻ Chi phí Bậc 5	<p>Việc cung cấp dài hạn không khả dụng đối với thuốc Bậc 5.</p>	

Phần 5.5 Quý vị ở Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu cho đến khi mức chi phí tự trả trong năm của quý vị đạt \$8,000

Quý vị ở Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu cho đến khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt \$8,000. Sau đó, quý vị chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương.

Chúng tôi cung cấp phạm vi đài thọ bổ sung cho một số loại thuốc theo toa thường không được đài thọ trong Chương trình Thuốc Theo toa của Medicare. Các khoản thanh toán cho những loại thuốc này sẽ không được tính vào tổng chi phí tự trả của quý vị.

Chương 6 Quý vị cần chi trả khoản gì đối với thuốc theo toa thuộc Phần D của quý vị

EOB Phần D mà quý vị nhận được sẽ giúp quý vị theo dõi số tiền mà quý vị, chương trình và bất kỳ bên thứ ba nào đã thay mặt quý vị chi trả trong năm. Nhiều người không đạt đến giới hạn \$8,000 một năm.

Chúng tôi sẽ cho quý vị biết khi quý vị đạt giới hạn này. Nếu đạt đến con số này, quý vị sẽ rời khỏi Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu và chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương. Xem Phần 1.3 để biết cách Medicare tính toán chi phí tự trả của quý vị.

PHẦN 6 Không có khoảng cách bảo hiểm nào đối với CareOregon Advantage Plus

Không có khoảng cách bảo hiểm nào đối với CareOregon Advantage Plus. Một khi đã rời khỏi Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, quý vị sẽ chuyển sang Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương (xem Phần 7).

PHẦN 7 Trong Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương, chương trình sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cho các loại thuốc Phần D được đài thọ của quý vị

- Quý vị bắt đầu Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương khi chi phí tự trả của quý vị đã đạt đến giới hạn \$8,000 trong năm theo lịch. Khi đã nằm trong Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương, quý vị sẽ ở giai đoạn thanh toán này cho đến cuối năm theo lịch.
 - Trong giai đoạn thanh toán này, chương trình sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cho các thuốc được đài thọ Phần D của quý vị. Quý vị không cần thanh toán gì.
 - Đối với các loại thuốc bị loại trừ được đài thọ theo quyền lợi nâng cao của chúng tôi, quý vị phải trả \$1.55.

PHẦN 8 Vắc xin Phần D. Số tiền quý vị phải thanh toán phụ thuộc vào cách thức và địa điểm quý vị nhận vắc xin

Thông báo quan trọng về số tiền quý vị phải thanh toán cho vắc xin – Chương trình của chúng tôi đài thọ miễn phí hầu hết các loại vắc xin Phần D dành cho người lớn, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ. Tham khảo “Danh sách Thuốc” trong chương trình của quý vị, hoặc liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng để biết thông tin chi tiết về bảo hiểm và chia sẻ chi phí cho các loại vắc xin cụ thể.

Có hai phần trong bảo hiểm của chúng tôi về tiêm chủng Phần D:

- Phần đầu tiên của bảo hiểm là chi phí cho **vắc xin**.
- Phần thứ hai của bảo hiểm là chi phí **tiêm vắc xin cho quý vị**. (Phần này đôi khi được gọi là cung cấp vắc-xin.)

Chương 6 Quý vị cần chi trả khoản gì đối với thuốc theo toa thuộc Phần D của quý vị

Chi phí tiêm chủng Phần D của quý vị phụ thuộc vào ba yếu tố:

1. Vắc-xin có được khuyến nghị cho người lớn bởi một tổ chức có tên là Advisory Committee (Ủy ban Cố vấn) hoặc Immunization Practices (ACIP, Thực hành Tiêm chủng) không.

- Hầu hết việc tiêm chủng Phần D dành cho người lớn đều được ACIP khuyến nghị và quý vị không mất phí.

2. Địa điểm quý vị nhận vắc xin.

- Vắc-xin có thể được phân phối bởi nhà thuốc hoặc do phòng khám của bác sĩ cung cấp.

3. Ai cung cấp vắc xin cho quý vị.

- Dược sĩ hoặc nhà cung cấp khác có thể cung cấp vắc xin tại nhà thuốc. Ngoài ra, nhà cung cấp có thể cung cấp vắc xin tại phòng khám của bác sĩ.

Số tiền quý vị phải thanh toán vào thời điểm tiêm vắc-xin Phần D có thể thay đổi, tùy thuộc vào hoàn cảnh và việc quý vị đang ở trong **giai đoạn thanh toán thuốc** nào.

- Đôi lúc, khi tiêm vắc xin, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí, cho cả vắc xin và cho nhà cung cấp đã cung cấp vắc xin cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn tiền cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Đối với hầu hết các loại vắc xin Phần D dành cho người lớn, điều này có nghĩa là quý vị sẽ được hoàn trả toàn bộ chi phí mà quý vị đã thanh toán.
- Trong những trường hợp khác, khi tiêm vắc xin, quý vị sẽ chỉ phải trả phần chi phí theo quyền lợi Phần D của mình. Đối với hầu hết các loại vắc xin Phần D dành cho người lớn, quý vị sẽ không mất phí.

Dưới đây là ba ví dụ về những cách thức quý vị có thể nhận vắc xin Phần D.

Tình huống 1: Quý vị được tiêm chủng Phần D tại nhà thuốc trong mạng lưới. (Lựa chọn này có sẵn hay không tùy thuộc vào nơi quý vị sống. Một số tiểu bang không cho phép các hiệu thuốc cung cấp một số loại vắc xin nhất định.)

- Quý vị sẽ không phải trả phí cho việc cung cấp vắc xin.
- Chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán phần chi phí còn lại.

Tình huống 2: Quý vị được tiêm chủng Phần D tại phòng khám bác sĩ của mình.

- Khi tiêm vắc xin, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí, cho vắc xin và cho nhà cung cấp đã cung cấp vắc xin cho quý vị.

Chương 6 Quý vị cần chi trả khoản gì đối với thuốc theo toa thuộc Phần D của quý vị

- Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn lại số tiền quý vị đã thanh toán, bằng cách sử dụng các thủ tục được mô tả trong Chương 7.
- Quý vị sẽ được hoàn lại số tiền đã thanh toán cho vắc-xin (bao gồm cả phí cung cấp).

Tình huống 3: Quý vị mua vắc xin Phần D tại nhà thuốc trong mạng lưới, sau đó mang đến phòng khám bác sĩ để họ tiêm vắc xin cho quý vị.

- Quý vị không mất phí cho vắc xin.
- Khi bác sĩ tiêm vắc-xin cho quý vị, chúng tôi sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cho dịch vụ này.

Một số loại vắc xin được đài thọ trong Danh mục thuốc, nhưng bị hạn chế, để đảm bảo rằng vắc xin được cung cấp khi phù hợp, và để xác định xem vắc xin có được đài thọ bởi quyền lợi y tế hoặc quyền lợi thuốc theo toa của quý vị hay không. Tốt nhất quý vị nên gọi cho chương trình của chúng tôi, để chúng tôi có thể giúp quý vị xác định xem vắc xin có được đài thọ cho trường hợp của quý vị hay không, và quý vị có thể tiêm vắc xin ở đâu.

CHƯƠNG 7:

Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn
mà quý vị đã nhận cho các dịch vụ y tế
hoặc thuốc được đài thọ

PHẦN 1 **Các trường hợp quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ**

Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi gửi hóa đơn trực tiếp cho chương trình đối với các dịch vụ và thuốc được đài thọ của quý vị - quý vị sẽ không nhận được hóa đơn cho các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ. Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc mà quý vị đã nhận, quý vị nên gửi hóa đơn này cho chúng tôi để chúng tôi có thể thanh toán. Khi quý vị gửi hóa đơn cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ có được đài thọ hay không. Nếu chúng tôi quyết định rằng các dịch vụ được đài thọ, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

Nếu quý vị đã thanh toán cho một dịch vụ hoặc vật phẩm Medicare được chương trình đài thọ, quý vị có thể yêu cầu chương trình của chúng tôi trả lại tiền cho quý vị (trả lại tiền cho quý vị thường được gọi là **hoàn tiền** cho quý vị). Quý vị có quyền được chương trình của chúng tôi hoàn tiền, bất cứ khi nào quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc mà chương trình của chúng tôi đài thọ. Có thể có những thời hạn mà quý vị phải tuân thủ để được hoàn tiền. Vui lòng xem Phần 2 của chương này. Khi quý vị gửi cho chúng tôi hóa đơn mà quý vị đã thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ hoặc thuốc đó có được đài thọ hay không. Nếu chúng tôi quyết định rằng những mục này được đài thọ, chúng tôi sẽ hoàn tiền cho quý vị đối với các dịch vụ hoặc thuốc đó.

Cũng có những thời điểm quý vị nhận hóa đơn từ nhà cung cấp cho toàn bộ chi phí chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận, hoặc có thể nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị mà đã được thảo luận trong tài liệu. Trước tiên, hãy cố gắng giải quyết vấn đề về hóa đơn với nhà cung cấp. Nếu không thành công, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi thay vì thanh toán. Chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem các dịch vụ có được đài thọ hay không. Nếu chúng tôi quyết định rằng các dịch vụ được đài thọ, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp. Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán, chúng tôi sẽ thông báo cho nhà cung cấp. Quý vị đừng thanh toán nhiều hơn mức chia sẻ chi phí được chương trình cho phép. Nếu nhà cung cấp này có hợp đồng, quý vị vẫn có quyền được điều trị.

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

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

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

Chương 7 Yêu cầu chúng tôi chi trả hóa đơn quý vị đã nhận dành cho thuốc hoặc dịch vụ y tế được đài thọ

- Nếu quý vị tự thanh toán toàn bộ chi phí vào thời điểm nhận dịch vụ chăm sóc, hãy yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn, cùng với giấy tờ về bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã thực hiện.
- Quý vị có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp, trong đó yêu cầu khoản thanh toán mà quý vị cho rằng bản thân không có nghĩa vụ phải trả. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn này, cùng với giấy tờ về bất kỳ khoản thanh toán nào mà quý vị đã thực hiện.
 - Nếu nhà cung cấp có khoản nào cần 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 trả lại tiền cho quý vị.

2. Khi nhà cung cấp trong mạng lưới gửi cho quý vị một hóa đơn mà quý vị cho rằng bản thân không có nghĩa vụ phải trả

Các nhà cung cấp trong mạng lưới phải luôn gửi hóa đơn trực tiếp cho chương trình. Tuy nhiên, đôi khi nhà cung cấp có nhầm lẫn và yêu cầu quý vị thanh toán cho dịch vụ của quý vị.

- Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề thanh toán.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn cho nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn, cùng với giấy tờ về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện. Quý vị nên yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho các dịch vụ được đài thọ của quý vị.

3. Nếu việc quý vị tham gia chương trình của chúng tôi có hiệu lực trở về trước

Đôi khi việc một hội viên tham gia chương trình của chúng tôi có hiệu lực trở về trước. (Điều này có nghĩa là ngày ghi danh đầu tiên của họ đã qua. Ngày ghi danh thậm chí có thể ở năm ngoái.)

Nếu quý vị ghi danh có hiệu lực trở về trước vào chương trình của chúng tôi, và quý vị đã thanh toán khoản phí tự chi trả cho bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ nào sau ngày ghi danh, thì quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị. Quý vị sẽ cần phải nộp các giấy tờ như biên lai và hóa đơn để chúng tôi xử lý việc hoàn tiền.

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

Nếu quý vị đến nhà thuốc ngoài mạng lưới, nhà thuốc đó có thể không gửi được yêu cầu thanh toán trực tiếp cho chúng tôi. Khi điều này xảy ra, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc của mình.

Hãy giữ lại biên lai và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị. Hãy nhớ rằng chúng tôi chỉ đài thọ cho các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp hạn chế. Xem Chương 5, Phần 2.5 để thảo luận về những trường hợp này.

5. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí toa thuốc vì không mang theo thẻ hội viên chương trình

Nếu quý vị không mang theo thẻ hội viên chương trình, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chương trình hoặc tra cứu thông tin ghi danh chương trình của quý vị. Tuy nhiên, nếu nhà thuốc không thể lấy thông tin đăng ký cần thiết ngay lập tức, quý vị có thể phải tự mình thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa. Hãy giữ lại biên lai và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị.

6. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí toa thuốc trong các trường hợp khác

Quý vị có thể thanh toán toàn bộ chi phí toa thuốc vì quý vị nhận thấy thuốc đó không được đài thọ, vì lý do nào đó.

- Ví dụ, loại thuốc đó có thể không nằm trong “Danh sách Thuốc” của chương trình, hoặc có thể có một yêu cầu hay hạn chế mà quý vị không biết hoặc không cho rằng sẽ áp dụng với quý vị. Nếu quý vị quyết định lấy thuốc ngay lập tức, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho số thuốc đó.
- Hãy giữ lại biên lai và gửi bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cần thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị để hoàn tiền thuốc cho quý vị.

7. Thuốc được mua với giá tiền mặt tốt hơn

Trong những trường hợp hiếm gặp, khi quý vị đang trong thời gian khấu trừ và đã mua thuốc Phần D được đài thọ tại nhà thuốc trong mạng lưới với mức giá đặc biệt hoặc thẻ giảm giá nằm ngoài quyền lợi của Chương trình, quý vị có thể gửi yêu cầu bằng văn bản để được tự chi trả chi phí, chi phí này được tính vào việc quý vị đủ điều kiện nhận bảo hiểm tai ương.

8. Khoản đồng thanh toán cho các loại thuốc được cung cấp theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc

Nếu quý vị nhận được hỗ trợ, và thanh toán các khoản đồng thanh toán, theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc nằm ngoài quyền lợi của Chương trình của chúng tôi, quý vị có thể gửi yêu cầu bằng văn bản để chi phí tự trả của quý vị được tính vào việc đủ điều kiện nhận bảo hiểm tai ương.

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

PHẦN 2 Cách yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị bằng cách gửi cho chúng tôi một yêu cầu bằng văn bản. Nếu quý vị gửi yêu cầu bằng văn bản, hãy gửi hóa đơn và giấy tờ về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện. Quý vị nên sao chép hóa đơn và biên lai để lưu vào hồ sơ.

CareOregon Advantage Plus chỉ có thể hoàn tiền cho các dịch vụ được Medicare đài thọ. Do thỏa thuận của chúng tôi với Oregon Health Plan (Medicaid), chúng tôi không được phép hoàn tiền cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ. Nếu yêu cầu hoàn tiền của quý vị được chấp thuận, khoản thanh toán chúng tôi dành cho quý vị sẽ chỉ chi trả số tiền được Medicare cho phép (số tiền chúng tôi thường trả cho nhà cung cấp dịch vụ) và không bao gồm bất kỳ phần nào sẽ được Medicaid đài thọ, chẳng hạn như đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ Medicare.

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

- Quý vị không nhất định phải sử dụng biểu mẫu, nhưng biểu mẫu này sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn.
- Đối với việc hoàn tiền thuốc theo toa, hãy:
 - Tải xuống bản sao biểu mẫu hoàn tiền trên trang mạng của chúng tôi (careoregonadvantage.org/rxinfo); hoặc gọi cho ban Dịch vụ Khách hàng và yêu cầu biểu mẫu.
- Đối với các dịch vụ y tế được đài thọ, hãy gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng để bắt đầu yêu cầu hoàn tiền.

Gửi yêu cầu thanh toán của quý vị cùng với bất kỳ hóa đơn hoặc biên lai đã thanh toán nào cho chúng tôi qua đường bưu điện theo địa chỉ sau:

Đối với các yêu cầu hoàn tiền Phần C:

CareOregon Advantage

Attention: DMR Claims Department

315 SW Fifth Ave

Portland, OR 97204

Đối với các yêu cầu hoàn tiền thuốc theo toa Phần D:

CareOregon Advantage

Attention: Pharmacy Department

315 SW Fifth Ave

Portland, OR 97204

PHẦN 3 Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và đồng ý hoặc từ chối**Phần 3.1 Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có nên đài thọ dịch vụ hoặc thuốc hay không**

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

- Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc được đài thọ và quý vị tuân thủ tất cả các quy định, chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ đó. Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi khoản hoàn trả cho quý vị qua đường bưu điện. Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán trực tiếp đến nhà cung cấp.
- Nếu chúng tôi quyết định rằng dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc đó *không* được đài thọ, hoặc quý vị *không* tuân thủ tất cả các quy định, chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc hoặc thuốc đó. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do tại sao chúng tôi không gửi khoản thanh toán và quyền kháng nghị quyết định đó của quý vị.

Phần 3.2 Nếu chúng tôi thông báo với quý vị rằng chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc, quý vị có thể kháng nghị

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi có nhầm lẫn khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, hoặc nhầm lẫn về số tiền chúng tôi đang thanh toán, quý vị có thể kháng nghị. Nếu quý vị kháng nghị, điều đó có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định đã đưa ra khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị. Quy trình kháng nghị là một quy trình chính thức với các thủ tục chi tiết và thời hạn quan trọng. Để biết thông tin chi tiết về cách kháng nghị, hãy xem Chương 9 của tài liệu này.

CHƯƠNG 8:

Quyền và trách nhiệm của quý vị

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

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

Chương trình của quý vị phải đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp theo cách thức phù hợp về mặt văn hóa và có thể tiếp cận được đối với tất cả những người ghi danh tham gia, kể cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, người khiếm thính hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách một chương trình có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không chỉ gồm, ở việc cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ thông dịch, máy đánh chữ từ xa hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản hoặc điện thoại đánh máy từ xa).

Chương trình của chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc của các hội viên không nói tiếng Anh. Chúng tôi cũng có thể cung cấp miễn phí cho quý vị thông tin ở định dạng chữ nổi braille, bản in khổ lớn hoặc các định dạng thay thế khác nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình ở định dạng có thể tiếp cận và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách thức phù hợp với quý vị, vui lòng gọi cho ban Dịch vụ Khách hàng.

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho những người ghi danh là nữ giới quyền lựa chọn tiếp cận trực tiếp với bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới, để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phòng ngừa và định kỳ cho phụ nữ.

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

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng dễ tiếp cận và phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện để gửi khiếu nại với ban Dịch vụ Khách hàng theo số 503-416-4279 hoặc số điện thoại miễn phí 888-712-3258. Thời gian: Ngày 1 Tháng Mười đến ngày 31 Tháng Ba, bảy ngày một tuần từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị cũng

có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi tới 800-MEDICARE (800-633-4227) hoặc trực tiếp tới Office for Civil Rights (Văn phòng Phụ trách về Dân quyền) 800-368-1019 hoặc TTY 800-537-7697.

SECTION 1 Our plan must honor your rights and cultural sensitivities as a member of the plan

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

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service.

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Customer Service at 503-416-4279, or toll-free, 888-712-3258. Hours are: October 1 to March 31, seven days a week from 8 a.m. to 8 p.m. You may also file a complaint with Medicare by calling 800-MEDICARE (800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 800-368-1019 or TTY 800-537-7697.

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y aspectos culturales como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos facilitarle la información de forma que le resulte útil y contemple los aspectos culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Su plan tiene la obligación de garantizar que se contemplen los aspectos culturales al prestar cada servicio, ya sea clínico o no, y que estos sean accesibles para todos los miembros, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, capacidad limitada de lectura, incapacidad auditiva o diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad son la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan dispone de servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos de forma gratuita si lo necesita. Estamos obligados a facilitarle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para recibir la información de la forma que más le convenga, llame al Servicio de Atención al Cliente.

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

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, el plan debe localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si no encuentra especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener este servicio a un costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja al Servicio de Atención al Cliente al

503-416-4279 o a la línea gratuita 888-712-3258. El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 800-MEDICARE (800-633-4227) o directamente a la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) al 800-368-1019 o TTY 800-537-7697.

第 1 节 本计划必须尊重计划的受益人权利和文化敏感性

第 1.1 条 我们必须以适合受益人且符合其文化敏感性的方式提供信息（采用英语以外的语言、盲文、大字体或其他替代格式等）

受益人计划必须确保以符合文化要求的方式提供所有（临床和非临床）服务，并且可供所有被保险人可使用，包括英语水平有限和阅读能力有限者、听力障碍或具有不同文化背景和种族背景的被投保人。某项计划如何满足无障碍要求的示例包括但不限于：提供笔译服务、口译服务、电传打字机或 TTY（文本电话或电传打字机电话）连接。

本计划提供免费口译服务，可回答非英语受益人提出的问题。如有需要，我们还可以免费提供盲文、大字体或其他替代格式的信息。我们需要以受益人适当可用的方式提供本计划福利的相关信息。如欲以适合您的方式获取公司提供的信息，请致电客户服务部。

本计划必须赋予女性被保险人选择权，以直接联系网内的女性健康专家，获得女性日常预防性医疗保健服务。

如果本计划网络中的专科提供者不可用，本计划有责任在网外寻找为您提供必要护理的专科提供者。在这种情况下，您仅需支付网内费用分摊。如发现计划网络中尚无专家承保您所需的服务，请致电本计划，了解如何按照网内费用分摊获得此服务。

若以受益人适当可用的方式获取本计划的信息时遇到任何问题，请致电客户服务部（503-416-4279 或免费电话 888-712-3258）提出申诉。营业时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日（2024 年），上午 8 点至晚上 8 点（周六周日无休）；您还可以致电 800-MEDICARE（800-633-4227）或 800-368-1019 或 TTY 800-537-7697 直接向 Office for Civil Rights（民权办公室）提出投诉。

第 1 節 本計劃必須尊重您作為計劃會員的權利及文化敏感性

第 1.1 節 我們必須以適合您並符合您的文化敏感性的方式（英語以外的語言、盲文、大字體或其他替代格式等）提供資訊。

您的計劃需要確保所有服務（包括臨床和非臨床服務）都以符合文化能力的方式提供，並且所有參保者（包括英語水準有限、閱讀技能有限、聽力障礙或具有不同文化和種族背景的人）都可以獲得這些服務。計劃如何滿足這些無障礙要求的範例包括但不限於提供筆譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文本電話或電傳打字機電話）連接。

我們的計劃提供免費口譯服務，以回答非英語會員的問題。如果您需要，我們還可以免費為您提供盲文、大字體或其他替代格式的資訊。我們需要以適合您的無障礙格式向您提供有關計劃福利的資訊。要以適合您的方式從我們這裡獲取資訊，請致電客戶服務部。

我們的計劃是讓女性參保者能夠選擇直接向網絡內的婦女健康專科醫生求診，以獲得婦女常規及預防保健服務。

如果計劃網絡內沒有專科醫療服務提供者不可用，則計劃有責任在網絡外尋找專科醫療服務提供者為您提供必要的護理。在這種情況下，您只需支付網絡內的費用分擔金額。如果您發現自己需要的服務在計劃網絡內沒有的專科醫療服務提供者，請致電本計劃瞭解如何以網絡內的費用分擔方式獲得該服務。

如果您在以適當的無障礙方式從本計劃獲取資訊方面遇到困難，請致電 503-416-4279，或免費電話 888-712-3258 向客戶服務部提出申訴。上班時間為：10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點到晚上 8 點。您也可以致電 800-MEDICARE (800-633-4227) 或致電

800-368-1019 直接向 Office for Civil Rights（民權辦公室）或致電 TTY 800-537-7697 向 Medicare 提出投訴。

РАЗДЕЛ 1 Наш план должен уважать ваши права и культурные особенности как участника плана

Раздел 1.1	Мы должны предоставлять информацию удобным для вас способом в соответствии с вашими культурными особенностями (на других языках, кроме английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах, и т.д.)
-------------------	--

Ваш план должен гарантировать, что все услуги, как клинические, так и неклинические, предоставляются с учетом культурных особенностей и доступны для всех участников, включая лиц с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха или лиц с различными культурными особенностями и этническим происхождением. Примеры того, как план может соответствовать этим требованиям доступности, включают, помимо прочего, предоставление услуг переводчика, услуг устного переводчика, телетайпа или подключения ТТУ (телефон для текстовых сообщений или телефон с телетайпом).

В нашем плане есть бесплатные услуги переводчика, позволяющие отвечать на вопросы участников, не говорящих по-английски. Мы также можем бесплатно предоставить вам информацию шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах, если вам это нужно. Мы обязаны предоставить вам информацию о преимуществах плана в доступном и подходящем для вас формате. Чтобы получить от нас информацию в подходящем для вас формате, обратитесь в Отдел клиентского обслуживания.

Chương 8 Quyền và nghĩa vụ của quý vị

Nash plan должен предоставить участницам женского пола возможность прямого доступа к специалисту по женскому здоровью в рамках сети для получения стандартных и профилактических медицинских услуг для женщин.

Если в сети плана нет поставщиков услуг по какой-либо специальности, план несет ответственность за поиск несетевых специализированных поставщиков услуг, которые предоставят вам необходимую помощь. В этом случае вы платите только сетевую часть долевого участия. Если вы оказались в ситуации, когда в сети плана нет специалистов, оказывающих необходимую вам услугу, позвоните в план, чтобы узнать, куда обратиться, чтобы получить эту услугу согласно долевого участию в сети.

Если у вас возникли проблемы с получением информации по нашему плану в доступном и подходящем для вас формате, позвоните и подайте жалобу в Отдел клиентского обслуживания по телефону 503-416-4279 или по бесплатному номеру 888-712-3258. График работы: С 1 октября по 31 марта без выходных с 08:00 до 20:00. Вы можете также подать жалобу в Medicare, позвонив 800-MEDICARE (800-633-4227) или напрямую в Office for Civil Rights (Офис по защите гражданских прав) 800-368-1019 или TTY 800-537-7697.

Phần 1.2 Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được đài thọ

Quý vị có quyền lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới của chương trình để cung cấp và sắp xếp các dịch vụ được đài thọ của quý vị. Quý vị cũng có quyền đến gặp bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ (chẳng hạn như bác sĩ phụ khoa) mà không cần giấy giới thiệu.

Quý vị có quyền nhận các cuộc hẹn và dịch vụ được đài thọ từ mạng lưới nhà cung cấp của chương trình *trong một khoảng thời gian hợp lý*. Trong đó bao gồm quyền nhận được dịch vụ kịp thời từ các bác sĩ chuyên khoa khi quý vị cần dịch vụ chăm sóc chuyên khoa. Quý vị cũng có quyền mua hoặc mua thêm thuốc theo toa tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không bị trì hoãn lâu.

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

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

Luật pháp liên bang và tiểu bang bảo vệ quyền riêng tư của hồ sơ y tế và thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị. Chúng tôi bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị theo như luật pháp yêu cầu.

Chương 8 Quyền và nghĩa vụ của quý vị

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

Chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư về thông tin sức khỏe của quý vị bằng cách nào?

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

Quý vị có thể xem thông tin trong hồ sơ của mình và biết các thông tin đó đã được chia sẻ với người khác như thế nào

Quý vị có quyền xem hồ sơ y tế của mình mà chương trình giữ, và nhận bản sao hồ sơ của quý vị. Chúng tôi được phép tính phí cho việc sao chép hồ sơ của quý vị. Quý vị cũng có quyền yêu cầu chúng tôi bổ sung hoặc chỉnh sửa hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi 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 xem có nên thực hiện thay đổi hay không.

Quý vị có quyền biết thông tin sức khỏe của mình đã được chia sẻ với người khác như thế nào, cho bất kỳ mục đích nào mà không phải là thông lệ.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc mối quan ngại về quyền riêng tư của thông tin sức khỏe cá nhân của mình, vui lòng gọi cho ban Dịch vụ Khách hàng.

Nếu quý vị muốn xem Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư của CareOregon Advantage Plus, thông báo có sẵn trên trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ careoregonadvantage.org/privacypolicies, hoặc quý vị có thể gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng và yêu cầu gửi một bản sao bằng văn bản cho quý vị (số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này).

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

Với tư cách là hội viên của CareOregon Advantage Plus, quý vị có quyền nhận được nhiều loại thông tin từ chúng tôi.

Nếu quý vị muốn bất kỳ loại thông tin nào sau đây, vui lòng gọi cho ban Dịch vụ Khách hàng:

- **Thông tin về chương trình của chúng tôi.** Ví dụ, trong đó bao gồm thông tin về tình trạng tài chính của chương trình.
- **Thông tin về các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.** Quý vị có quyền nhận thông tin về trình độ chuyên môn của các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, cũng như cách chúng tôi thanh toán cho các nhà cung cấp trong mạng lưới.
- **Thông tin về bảo hiểm của quý vị và các quy tắc quý vị phải tuân theo khi sử dụng bảo hiểm của mình.** Chương 3 và 4 cung cấp thông tin về các dịch vụ y tế. Chương 5 và 6 cung cấp thông tin về bảo hiểm thuốc theo toa Phần D.
- **Thông tin về lý do tại sao một mục nào đó không được đài thọ và điều quý vị có thể làm.** Chương 9 cung cấp thông tin về việc yêu cầu giải thích bằng văn bản về lý do tại sao dịch vụ y tế hoặc thuốc Phần D không được đài thọ hoặc liệu bảo hiểm của quý vị có bị

Chương 8 Quyền và nghĩa vụ của quý vị

hạn chế hay không. Chương 9 cũng cung cấp thông tin về việc yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định, còn được gọi là kháng nghị.

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

Quý vị có quyền biết các lựa chọn điều trị của mình và tham gia vào các quyết định liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của mình

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

Quý vị cũng có quyền tham gia đầy đủ vào các quyết định liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của mình. Để giúp quý vị đưa ra quyết định với bác sĩ về phương pháp điều trị tốt nhất cho quý vị, các quyền của quý vị bao gồm những điều sau:

- **Biết tất cả các lựa chọn của quý vị.** Quý vị có quyền được thông báo về tất cả các lựa chọn điều trị được khuyến nghị cho tình trạng của quý vị, bất kể chi phí hoặc liệu các lựa chọn có được chương trình của chúng tôi đài thọ hay không. Quyền này cũng bao gồm việc nhận thông báo về các chương trình mà chương trình của chúng tôi cung cấp để giúp các hội viên quản lý thuốc của mình cũng như sử dụng thuốc một cách an toàn.
- **Biết các rủi ro.** Quý vị có quyền nhận thông báo về bất kỳ rủi ro nào liên quan đến việc chăm sóc của mình. Quý vị phải được thông báo trước nếu bất kỳ dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế nào được đề xuất nằm trong khuôn khổ của thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị luôn có quyền chọn từ chối bất kỳ phương pháp điều trị thử nghiệm nào.
- **Quyền được nói “không.”** Quý vị có quyền từ chối bất kỳ phương pháp điều trị nào được khuyến nghị. Trong đó bao gồm quyền rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ khuyên quý vị không nên rời đi. Quý vị cũng có quyền ngừng sử dụng thuốc. Tất nhiên, nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngừng sử dụng thuốc, quý vị phải chịu hoàn toàn trách nhiệm về những điều xảy ra với cơ thể mình.

Quý vị có quyền đưa ra hướng dẫn về những việc cần làm nếu quý vị không thể đưa ra quyết định y tế cho chính mình

Đôi khi một người không thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính mình, do tai nạn hoặc bệnh nặng. Quý vị có quyền nói những gì mình mong muốn nếu quý vị ở trong tình huống này. Điều này có nghĩa, *nếu quý vị mong muốn*, quý vị có thể:

- Điền vào một biểu mẫu bằng văn bản để trao cho **một người thẩm quyền hợp pháp để đưa ra quyết định y tế cho quý vị** nếu quý vị không thể tự mình đưa ra quyết định.

Chương 8 Quyền và nghĩa vụ của quý vị

- **Cung cấp cho bác sĩ của quý vị hướng dẫn bằng văn bản** về cách thức bác sĩ xử lý việc chăm sóc y tế cho quý vị theo như quý vị mong muốn, nếu quý vị không thể tự mình đưa ra quyết định.

Các tài liệu pháp lý mà quý vị có thể sử dụng để đưa ra chỉ dẫn trước trong những tình huống này, được gọi là **chỉ thị trước**. Có nhiều loại chỉ thị trước khác nhau với các tên gọi khác nhau. Các tài liệu có tên là **di chúc sống** và **giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe** là những ví dụ về chỉ thị trước.

Nếu quý vị mong muốn sử dụng chỉ thị trước để đưa ra hướng dẫn của mình, thì đây là những việc cần làm:

- **Lấy biểu mẫu.** Quý vị có thể lấy biểu mẫu chỉ thị trước từ luật sư của mình, từ nhân viên xã hội hoặc từ một số cửa hàng văn phòng phẩm. Đôi khi, quý vị có thể nhận biểu mẫu chỉ thị trước từ các tổ chức cung cấp thông tin về Medicare cho mọi người. Quý vị cũng có thể liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng để yêu cầu biểu mẫu (số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này).
- **Điền vào biểu mẫu và ký tên.** Bất kể quý vị lấy biểu mẫu này ở đâu, hãy nhớ rằng đó là một tài liệu pháp lý. Quý vị nên cân nhắc việc nhờ luật sư hỗ trợ quý vị chuẩn bị.
- **Gửi bản sao cho những người phù hợp.** Quý vị nên đưa một bản sao của biểu mẫu cho bác sĩ của quý vị, và cho người mà quý vị nêu tên trong biểu mẫu, người mà có thể đưa ra quyết định cho quý vị nếu quý vị không thể quyết định. Quý vị có thể muốn đưa bản sao cho bạn bè thân thiết hoặc thành viên trong gia đình. Để một bản sao ở nhà.

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

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

Hãy nhớ rằng, việc có điền vào chỉ thị trước hay không là lựa chọn của quý vị (bao gồm cả việc quý vị có muốn ký vào chỉ thị trước khi đang ở bệnh viện hay không). Theo luật pháp, không ai có thể từ chối việc chăm sóc hoặc phân biệt đối xử đối với quý vị dựa trên việc quý vị có ký chỉ thị trước hay không.

Điều gì xảy ra nếu hướng dẫn của quý vị không được tuân theo?

Nếu quý vị đã ký chỉ thị trước và quý vị cho rằng bác sĩ hoặc bệnh viện đã không tuân theo hướng dẫn trong đó, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên Oregon Board of Medical Examiners (Hội đồng Giám định Y khoa Oregon) bằng cách gọi tới số 971-673-2700 ở Portland, OR, hoặc số điện thoại miễn phí 877-254-6263, hoặc viết thư tới:

Oregon Board of Medical Examiners
1500 SW First Avenue, Suite 260
Portland, OR 97201

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

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

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

Nếu vấn đề liên quan đến sự phân biệt đối xử, hãy gọi cho Văn phòng Phụ trách về Dân quyền

Nếu quý vị cho rằng bản thân đã bị đối xử bất công hoặc các quyền của quý vị không được tôn trọng do chủng tộc, khuyết tật, tôn giáo, giới tính, sức khỏe, dân tộc, tín ngưỡng (đức tin), tuổi tác, khuynh hướng tình dục hoặc nguồn gốc quốc gia, quý vị nên gọi cho **Office for Civil Rights (Văn phòng Phụ trách về Dân quyền)** thuộc Department of Health and Human Services (Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh) theo số 800-368-1019 hoặc TTY 800-537-7697, hoặc gọi tới Văn phòng Phụ trách về Dân quyền ở địa phương của quý vị.

Nếu có vấn đề khác thì sao?

Nếu quý vị tin rằng bản thân đã bị đối xử bất công hoặc các quyền của quý vị không được tôn trọng, và việc này *không* liên quan đến sự phân biệt đối xử, quý vị có thể được hỗ trợ để giải quyết vấn đề gặp phải:

- Quý vị có thể **gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng.**
- Quý vị có thể **gọi tới SHIP.** Để biết thông tin chi tiết, hãy xem Chương 2, Phần 3.
- Quý vị có thể **gọi tới văn phòng thanh tra chăm sóc dài hạn Oregon,** để biết thông tin chi tiết, hãy xem Chương 2, Phần 6.
- Hoặc, **quý vị có thể gọi tới Medicare** theo số 800-MEDICARE (800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần (TTY 877-486-2048).

Phần 1.8 **Cách nhận thêm thông tin về quyền của quý vị**

Có một số địa chỉ quý vị có thể tham khảo để lấy thêm thông tin về quyền của mình:

- Quý vị có thể **gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng.**

Chương 8 Quyền và nghĩa vụ của quý vị

- Quý vị có thể **gọi tới SHIP**. Để biết thông tin chi tiết, hãy xem Chương 2, Phần 3.
- Quý vị có thể liên hệ **Medicare**.
 - Quý vị có thể truy cập trang mạng của Medicare để đọc hoặc tải xuống ấn phẩm *Medicare Rights & Protections* (Quyền và Sự bảo vệ của Medicare). (Ấn phẩm có tại địa chỉ: [medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)
 - Hoặc, quý vị có thể gọi 800-MEDICARE (800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần (TTY 877-486-2048).

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

Những điều quý vị cần làm với tư cách là hội viên của chương trình được liệt kê dưới đây. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng.

- **Làm quen với các dịch vụ được đài thọ của quý vị cùng các quy tắc quý vị phải tuân theo để nhận các dịch vụ được đài thọ này.** Sử dụng Chứng từ Bảo hiểm này để tìm hiểu những gì được đài thọ cho quý vị và các quy tắc quý vị cần tuân theo để nhận các dịch vụ được đài thọ của mình.
 - Chương 3 và 4 cung cấp thông tin chi tiết về các dịch vụ y tế của quý vị.
 - Chương 5 và 6 cung cấp thông tin chi tiết về bảo hiểm thuốc theo toa Phần D của quý vị.
- **Nếu quý vị có bất kỳ bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc theo toa nào khác ngoài chương trình của chúng tôi, quý vị phải cho chúng tôi biết.** Chương 1 cho quý vị biết về việc điều phối các quyền lợi này.
- **Hãy cho bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác biết rằng quý vị đã ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi.** Xuất trình thẻ hội viên chương trình và thẻ Oregon Health Plan (Medicaid) của quý vị bất cứ khi nào quý vị nhận dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa Phần D.
- **Hãy hỗ trợ để bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp khác có thể trợ giúp quý vị bằng cách cung cấp cho họ thông tin, đặt câu hỏi và theo dõi quá trình chăm sóc của quý vị.**
 - Để nhận được dịch vụ chăm sóc tốt nhất, hãy báo cho bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Thực hiện theo các kế hoạch và hướng dẫn điều trị mà quý vị và bác sĩ đã thống nhất.
 - Đảm bảo rằng bác sĩ của quý vị biết tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, bao gồm cả thuốc không theo toa, vitamin và thực phẩm bổ sung.

Chương 8 Quyền và nghĩa vụ của quý vị

- Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, hãy hỏi và nhận câu trả lời mà quý vị có thể hiểu được.
- **Hãy quan tâm.** Chúng tôi mong tất cả các hội viên của mình tôn trọng quyền của những bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng mong quý vị có những hành động có thể giúp phòng khám bác sĩ, bệnh viện và các phòng khám khác vận hành tốt.
- **Thanh toán các khoản quý vị còn nợ.** Với tư cách là hội viên chương trình, quý vị có trách nhiệm thanh toán các khoản:
 - Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare của mình để tiếp tục là hội viên của chương trình.
 - Đối với phần lớn các loại thuốc của quý vị được chương trình đài thọ, quý vị phải thanh toán phần chi phí của mình khi nhận thuốc.
 - Nếu quý vị phải trả thêm một khoản tiền cho Phần D vì thu nhập của quý vị cao hơn (như đã báo cáo trong tờ khai thuế gần đây nhất của quý vị), quý vị phải tiếp tục trả số tiền bổ sung trực tiếp cho chính phủ để tiếp tục là hội viên của chương trình.
- **Nếu quý vị di chuyển *trong* khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi, chúng tôi cần biết thông tin này** để có thể cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị và biết cách thức liên hệ với quý vị.
- **Nếu quý vị di chuyển *ra ngoài* khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục là hội viên trong chương trình.**
- Nếu quý vị di chuyển, điều quan trọng là phải thông báo cho Sở An sinh Xã hội (hoặc Railroad Retirement Board).

CHƯƠNG 9:

Điều cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

PHẦN 1 Giới thiệu

Phần 1.1 Điều cần làm nếu quý vị có vấn đề hoặc quan ngại

Chương này giải thích các quy trình xử lý vấn đề và mối quan ngại. Quy trình quý vị sử dụng để xử lý vấn đề của mình phụ thuộc vào hai yếu tố:

1. Vấn đề của quý vị liên quan đến các quyền lợi được **Medicare** hay **Medicaid** đài thọ. Nếu quý vị muốn được hỗ trợ trong việc quyết định nên sử dụng quy trình Medicare hay quy trình Medicaid, hay cả hai, vui lòng liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng.
2. Loại hình vấn đề quý vị đang gặp phải:
 - Đối với một số vấn đề, quý vị cần sử dụng **quy trình đưa ra quyết định bảo hiểm và kháng nghị**.
 - Đối với các vấn đề khác, quý vị cần sử dụng **quy trình khiếu nại**; hay còn gọi là than phiền.

Những quy trình này đã được Medicare chấp thuận. Mỗi quy trình có một bộ quy tắc, thủ tục và thời hạn mà chúng tôi và quý vị phải tuân thủ.

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

Phần 1.2 Các thuật ngữ pháp lý thì sao?

Có những thuật ngữ pháp lý áp dụng cho một số quy tắc, thủ tục và loại thời hạn được giải thích trong chương này. Nhiều thuật ngữ trong đây không quen thuộc đối với nhiều người và có thể khó hiểu. Để giúp các quy trình trở nên dễ hiểu hơn, chương này:

- Sử dụng các từ ngữ đơn giản hơn thay cho một số thuật ngữ pháp lý nhất định. Ví dụ, chương này thường đề cập đến việc khiếu nại thay vì nộp đơn khiếu nại, quyết định bảo hiểm thay vì quyết định của tổ chức hoặc quyết định bảo hiểm hoặc quyết định có nguy cơ, và tổ chức đánh giá độc lập thay vì Đơn vị Đánh giá Độc lập.
- Chương này cũng hạn chế sử dụng các từ viết tắt nhất có thể.

Tuy nhiên, việc quý vị biết các thuật ngữ pháp lý chính xác có thể hữu ích – và đôi khi khá quan trọng. Biết thuật ngữ nào cần sử dụng sẽ giúp quý vị giao tiếp chính xác hơn, để nhận được sự hỗ trợ hoặc thông tin phù hợp cho tình huống của quý vị. Để giúp quý vị biết nên sử dụng thuật ngữ nào, chúng tôi bao gồm các thuật ngữ pháp lý khi cung cấp thông tin chi tiết để xử lý các loại tình huống cụ thể.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

PHẦN 2 Nơi nhận thêm thông tin và hỗ trợ cá nhân hóa

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

Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang (SHIP).

Mỗi tiểu bang đều có một chương trình của chính phủ gồm các tư vấn viên được đào tạo. Chương trình này không liên quan đến chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hay chương trình chăm sóc sức khỏe nào. Các tư vấn viên tại chương trình này có thể giúp quý vị hiểu nên sử dụng quy trình nào để giải quyết vấn đề quý vị đang gặp phải. Họ cũng có thể trả lời thắc mắc của quý vị, cung cấp cho quý vị thêm thông tin và đưa ra hướng dẫn về những điều cần làm.

Các dịch vụ của tư vấn viên SHIP đều miễn phí. Quý vị sẽ tìm thấy số điện thoại và URL trang mạng trong Chương 2, Phần 3 của tài liệu này.

Medicare

Quý vị cũng có thể liên hệ với Medicare để được hỗ trợ. Để liên hệ với Medicare:

- Quý vị có thể gọi 800-MEDICARE (800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY gọi tới số 877-486-2048.
- Quý vị cũng có thể truy cập trang mạng của Medicare ([medicare.gov](https://www.medicare.gov)).

Quý vị có thể nhận hỗ trợ và thông tin từ Oregon Health Plan (Medicaid)

Để nhận thêm thông tin và hỗ trợ giải quyết vấn đề, quý vị cũng có thể liên hệ với Oregon Health Plan (Medicaid). Dưới đây là một số cách thức liên hệ với Oregon Health Plan:

- Quý vị có thể gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng OHP theo số điện thoại miễn phí 800-273-0557. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.
- Quý vị có thể gửi email theo địa chỉ: oregonhealthplan.changes@dhsosha.state.or.us
- Quý vị có thể tải xuống và điền vào biểu mẫu khiếu nại tại địa chỉ: apps.state.or.us/Forms/Served/he3001.pdf.

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

Vì quý vị có Medicare và nhận hỗ trợ từ Medicaid, nên quý vị có những quy trình khác nhau có thể sử dụng để giải quyết vấn đề hoặc khiếu nại của mình. Quy trình quý vị sử dụng tùy thuộc vào việc vấn đề đó liên quan đến quyền lợi Medicare hay quyền lợi Medicaid. Nếu vấn đề của

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

quý vị liên quan đến quyền lợi được Medicare đài thọ, thì quý vị nên sử dụng quy trình Medicare. Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến quyền lợi được Medicaid đài thọ, thì quý vị nên sử dụng quy trình Medicaid. Nếu quý vị muốn được hỗ trợ trong việc quyết định xem nên sử dụng quy trình Medicare hay quy trình Medicaid, vui lòng liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng. Quy trình Medicare và quy trình Medicaid được mô tả ở các phần khác nhau của chương này. Để biết phần quý vị nên đọc, hãy sử dụng bảng bên dưới.

Vấn đề của quý vị liên quan đến quyền lợi Medicare hay quyền lợi Medicaid?

Nếu quý vị muốn được hỗ trợ trong việc quyết định xem vấn đề của mình là về quyền lợi Medicare hay quyền lợi Medicaid, vui lòng liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng.

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

Xem phần tiếp theo của chương này, **Phần 4, Xử lý các vấn đề liên quan đến quyền lợi Medicare của quý vị.**

Vấn đề của tôi liên quan đến quyền lợi **Medicaid**.

Chuyển đến **Phần 12** của chương này, **Xử lý các vấn đề liên quan đến quyền lợi Medicaid của quý vị.**

CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN QUYỀN LỢI MEDICARE CỦA QUÝ VỊ

PHẦN 4 Xử lý các vấn đề liên quan đến quyền lợi Medicare của quý vị

Phần 4.1	Quý vị nên sử dụng quy trình đưa ra quyết định bảo hiểm và kháng nghị? Hay quý vị nên sử dụng quy trình khiếu nại?
-----------------	---

Nếu quý vị có vấn đề hoặc quan ngại, quý vị chỉ cần đọc những phần trong chương này áp dụng cho trường hợp của quý vị. Bảng bên dưới sẽ giúp quý vị tìm đúng phần trong chương này để giải quyết các vấn đề hoặc khiếu nại liên quan đến **quyền lợi được Medicare đài thọ**.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Để biết phần nào trong chương này sẽ giúp giải quyết vấn đề hoặc mối quan ngại của quý vị liên quan đến quyền lợi **Medicare**, hãy sử dụng bảng này:

Vấn đề hoặc mối quan ngại của quý vị có liên quan đến quyền lợi hoặc bảo hiểm của quý vị không?

Trong đó bao gồm các vấn đề về việc liệu rằng việc chăm sóc y tế (vật phẩm, dịch vụ y tế và/hoặc thuốc theo toa Phần B) có được đài thọ hay không, cách thức đài thọ, và các vấn đề liên quan đến việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế.

Có.

Chuyển tới phần tiếp theo của chương này, **Phần 5, Hướng dẫn cơ bản về quyết định bảo hiểm và kháng nghị.**

Không.

Chuyển đến **Phần 11** ở cuối chương này: **Cách khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các vấn đề khác.**

PHẦN 5 **Hướng dẫn cơ bản về quyết định bảo hiểm và kháng nghị**

Phần 5.1 **Yêu cầu quyết định bảo hiểm và kháng nghị: tổng quan**

Các quyết định bảo hiểm và kháng nghị sẽ giải quyết các vấn đề liên quan đến quyền lợi và bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị (các dịch vụ, vật phẩm và thuốc theo toa Phần B, bao gồm cả khoản thanh toán). Để thông tin được trình bày đơn giản, chúng tôi thường gọi các vật phẩm, dịch vụ y tế và thuốc theo toa Medicare Phần B là **dịch vụ chăm sóc y tế**. Quý vị sử dụng quyết định bảo hiểm và quy trình kháng nghị cho các vấn đề như liệu một dịch vụ có được đài thọ hay không, và cách thức dịch vụ được đài thọ.

Yêu cầu quyết định bảo hiểm trước khi nhận quyền lợi

Quyết định bảo hiểm là quyết định chúng tôi đưa ra liên quan đến quyền lợi và bảo hiểm của quý vị, hoặc về số tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. Ví dụ, nếu bác sĩ trong mạng lưới chương trình của quý vị giới thiệu quý vị đến một bác sĩ chuyên khoa không nằm trong mạng lưới, thì việc giới thiệu này được coi là một quyết định bảo hiểm có lợi, trừ khi bác sĩ trong mạng lưới của quý vị có thể chứng minh rằng quý vị đã nhận được thông báo từ chối tiêu chuẩn đối với bác sĩ chuyên khoa này, hoặc Chứng từ Bảo hiểm nêu rõ rằng dịch vụ được giới thiệu không bao giờ được đài thọ trong bất kỳ điều kiện nào. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu quyết định bảo hiểm, nếu bác sĩ của quý vị không chắc chắn liệu chúng tôi có đài thọ cho một dịch vụ y tế cụ thể hay không, hoặc

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

chúng tôi có từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng quý vị cần hay không. Nói cách khác, nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có đài thọ cho dịch vụ chăm sóc y tế hay không trước khi quý vị nhận dịch vụ đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm cho quý vị. Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu đưa ra quyết định bảo hiểm sẽ bị bác bỏ, có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Ví dụ về thời điểm một yêu cầu sẽ bị bác bỏ bao gồm: nếu yêu cầu không đầy đủ, nếu người khác thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm điều này, hoặc nếu quý vị mong muốn rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu về quyết định bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét lại việc bác bỏ.

Chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm cho quý vị bất cứ khi nào chúng tôi quyết định những dịch vụ được đài thọ cho quý vị và số tiền chúng tôi thanh toán. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định dịch vụ chăm sóc y tế không được Medicare đài thọ hoặc không còn được Medicare đài thọ cho quý vị nữa. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm này, quý vị có thể kháng nghị.

Kháng nghị

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

Khi quý vị kháng nghị một quyết định lần đầu tiên, đây được gọi là kháng nghị Cấp 1. Trong lần kháng nghị này, chúng tôi xem xét quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân thủ đúng các quy tắc hay không. Khi đã hoàn tất việc xem xét, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị.

Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu kháng nghị Cấp 1 sẽ bị bác bỏ, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Ví dụ về thời điểm một yêu cầu sẽ bị bác bỏ bao gồm: nếu yêu cầu không đầy đủ, nếu người khác thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm điều này, hoặc nếu quý vị mong muốn rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu kháng nghị Cấp 1, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét lại việc bác bỏ.

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

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- Quý vị không cần làm bất cứ điều gì để bắt đầu kháng nghị Cấp 2. Các quy định của Medicare yêu cầu chúng tôi tự động gửi kháng nghị về dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị lên Cấp 2, nếu chúng tôi không hoàn toàn đồng ý với kháng nghị Cấp 1 của quý vị.
- Xem **Phần 6.4** của chương này để biết thêm thông tin về kháng nghị Cấp 2.
- Đối với kháng nghị về thuốc Phần D, nếu chúng tôi từ chối tất cả hoặc một phần kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ cần yêu cầu kháng nghị Cấp 2. Các kháng nghị Phần D sẽ được thảo luận thêm trong Phần 7 của chương này.

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

Phần 5.2 Cách nhận hỗ trợ khi quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị

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

- **Quý vị có thể gọi cho chúng tôi tại ban Dịch vụ Khách hàng.**
- **Quý vị có thể nhận hỗ trợ miễn phí** từ Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang của quý vị.
- **Bác sĩ của quý vị có thể đưa ra yêu cầu cho quý vị.** Nếu bác sĩ của quý vị hỗ trợ một kháng nghị qua Cấp 2, họ sẽ cần được chỉ định làm người đại diện cho quý vị. Vui lòng gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng và yêu cầu biểu mẫu *Appointment of Representative* (Chỉ định Người đại diện). (Biểu mẫu này cũng có sẵn trên trang mạng của Medicare tại cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang mạng của chúng tôi tại careoregonadvantage.org/medicareFAQ/.)
 - Đối với dịch vụ chăm sóc y tế, bác sĩ của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị Cấp 1. Nếu kháng nghị của quý vị bị từ chối ở Cấp 1, kháng nghị sẽ tự động được chuyển tiếp lên Cấp 2.
 - Đối với thuốc theo toa Phần D, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị Cấp 1. Nếu kháng nghị Cấp 1 của quý vị bị từ chối, bác sĩ hoặc người kê toa của quý vị có thể yêu cầu kháng nghị Cấp 2.
- **Quý vị có thể nhờ người khác tiến hành đại diện cho quý vị.** Nếu muốn, quý vị có thể chỉ định một người khác làm **người đại diện** cho quý vị để yêu cầu đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu quý vị muốn một người bạn, người thân hoặc người khác làm người đại diện cho mình, hãy gọi cho ban Dịch vụ Khách hàng và yêu cầu biểu mẫu *Appointment of Representative* (Chỉ định Người đại diện). (Biểu mẫu này cũng có sẵn trên trang mạng của Medicare tại [cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) hoặc trên trang mạng của chúng tôi tại careoregonadvantage.org/medicareFAQ.) Biểu mẫu cho phép người này tiến hành hoạt động đại diện cho quý vị. Biểu mẫu phải được quý vị và người mà quý vị muốn đại diện cho quý vị ký vào. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao của biểu mẫu đã có chữ ký.
- Chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu kháng nghị mà không cần biểu mẫu, nhưng chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn thành việc xem xét cho đến khi nhận được biểu mẫu này. Nếu chúng tôi không nhận được biểu mẫu trong vòng 44 ngày dương lịch sau khi nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị (thời hạn cuối cùng để chúng tôi đưa ra quyết định về kháng nghị của quý vị), yêu cầu kháng nghị của quý vị sẽ bị bác bỏ. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích quyền của quý vị trong việc yêu cầu tổ chức đánh giá độc lập xem xét lại quyết định bác bỏ kháng nghị của quý vị.
- **Quý vị cũng có quyền thuê luật sư.** Quý vị có thể liên hệ với luật sư riêng của mình hoặc lấy tên luật sư từ hiệp hội luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Cũng có những nhóm sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện. Tuy nhiên, **quý vị không bắt buộc phải thuê luật sư** để yêu cầu bất kỳ loại quyết định bảo hiểm nào hoặc kháng nghị một quyết định.

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

Có bốn tình huống khác nhau liên quan đến quyết định bảo hiểm và kháng nghị. Vì mỗi tình huống có các quy tắc và thời hạn khác nhau, nên chúng tôi sẽ cung cấp thông tin chi tiết cho từng tình huống trong một phần riêng:

- **Phần 6** của chương này: Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị
- **Phần 7** của chương này: Thuốc theo toa Phần D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị
- **Phần 8** của chương này: Cách yêu cầu chúng tôi đòi thọ thời gian nằm viện nội trú lâu hơn nếu quý vị cho rằng bác sĩ dự định cho quý vị xuất viện quá sớm

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- **Phần 9** của chương này: Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục đòi một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của mình kết thúc quá sớm (*Chỉ áp dụng cho các dịch vụ này: chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ của Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (CORF)*)

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

PHẦN 6 Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị một quyết định bảo hiểm

Phần 6.1 Phần này cho biết điều cần làm nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn trả chi phí chăm sóc cho quý vị

Phần này nói về các quyền lợi của quý vị đối với dịch vụ chăm sóc y tế. Những quyền lợi này được mô tả trong Chương 4 của tài liệu này: *Bảng Quyền lợi Y tế (những mục được đòi hỏi)*. Trong một số trường hợp, các quy tắc khác nhau sẽ áp dụng cho yêu cầu thuốc theo toa Phần B. Trong những trường hợp đó, chúng tôi sẽ giải thích các quy tắc dành cho thuốc theo toa Phần B khác với các quy tắc dành cho vật phẩm và dịch vụ y tế như thế nào.

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

1. Quý vị hiện không nhận được dịch vụ chăm sóc y tế nhất định mà quý vị mong muốn, và quý vị cho rằng dịch vụ chăm sóc này được chương trình của chúng tôi đòi hỏi. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**
2. Chương trình của chúng tôi sẽ không phê duyệt dịch vụ chăm sóc y tế mà bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác muốn cung cấp cho quý vị, và quý vị cho rằng dịch vụ chăm sóc này được chương trình đòi hỏi. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 6.2.**
3. Quý vị đã nhận được dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho là được chương trình đòi hỏi, nhưng chúng tôi đã thông báo rằng chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc này. **Kháng nghị. Phần 6.3.**
4. Quý vị đã nhận và thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho là được chương trình đòi hỏi, và quý vị muốn yêu cầu chương trình của chúng tôi hoàn tiền cho quý vị khoản phí dịch vụ chăm sóc này. **Gửi hóa đơn tới chúng tôi. Phần 6.5.**
5. Quý vị được thông báo rằng bảo hiểm cho một số dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đang nhận, mà chúng tôi đã phê duyệt trước đó, sẽ bị giảm hoặc dừng, và quý vị cho rằng việc giảm hoặc ngừng dịch vụ chăm sóc này có thể gây hại cho sức khỏe của quý vị. **Kháng nghị. Phần 6.3.**

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Lưu ý: Nếu bảo hiểm sắp bị ngừng dành cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF), quý vị cần đọc Phần 7 và Phần 8 của Chương này. Có các quy tắc đặc biệt áp dụng cho các loại hình chăm sóc này.

Phần 6.2 Chỉ dẫn từng bước: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm

Thuật ngữ Pháp lý

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

Quyết định bảo hiểm nhanh được gọi là **quyết định cấp tốc**.

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

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

- Quý vị *chỉ* có thể yêu cầu bảo hiểm cho các vật phẩm và/hoặc dịch vụ y tế (không yêu cầu thanh toán cho các vật phẩm và/hoặc dịch vụ đã nhận).
- Quý vị *chỉ* có thể nhận được quyết định bảo hiểm nhanh nếu việc sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể *gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc làm tổn hại đến khả năng hoạt động của quý vị*.
- Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị cần có quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động đồng ý đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị.
- Nếu quý vị tự yêu cầu một quyết định bảo hiểm nhanh mà không có sự hỗ trợ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem sức khỏe của quý vị có cần chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị hay không. Nếu chúng tôi không phê duyệt quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư với nội dung:
 - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn
 - Giải thích nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- Giải thích rằng quý vị có thể nộp đơn khiếu nại nhanh về việc chúng tôi đã quyết định cho quý vị quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định bảo hiểm nhanh mà quý vị đã yêu cầu

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

- Bắt đầu bằng cách gọi điện, viết thư hoặc gửi fax tới chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể làm việc này. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị về bảo hiểm chăm sóc y tế và đưa ra câu trả lời cho quý vị.***Đối với quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn, chúng tôi sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.***

Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 14 ngày dương lịch tính từ khi chúng tôi tiếp nhận yêu cầu **vật phẩm hoặc dịch vụ y tế**. Nếu quý vị yêu cầu **thuốc theo toa Phần B Medicare**, chúng tôi sẽ trả lời quý vị **trong vòng 72 giờ** tính từ khi chúng tôi tiếp nhận yêu cầu của quý vị.

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

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

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

- **Tuy nhiên**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể cần tới 14 ngày nữa**. Nếu chúng tôi cần thêm thời gian, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị là về thuốc theo toa Medicare Phần B.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không nên dành thêm ngày, quý vị có thể nộp khiếu nại nhanh. (Xem Phần 11 của chương này để biết thông tin về khiếu nại.) Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay khi đưa ra quyết định.
- **Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tuyên bố bằng văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối.

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

Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách kháng nghị. Điều này có nghĩa là yêu cầu một lần nữa để nhận bảo hiểm chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Nếu quý vị kháng nghị, điều đó có nghĩa là quý vị đang chuyển sang Cấp 1 của quy trình kháng nghị.

Phần 6.3 Chỉ dẫn từng bước: Cách kháng nghị Cấp 1

Thuật ngữ Pháp lý

Kháng nghị lên chương trình về quyết định bảo hiểm chăm sóc y tế được gọi là **xem xét lại** chương trình.

Kháng nghị nhanh còn được gọi là **xem xét lại cấp tốc**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần kháng nghị tiêu chuẩn hay kháng nghị nhanh.

Kháng nghị chuẩn thường được thực hiện trong vòng 30 ngày hoặc 7 ngày đối với thuốc

Phần B. Kháng nghị nhanh thường được thực hiện trong vòng 72 giờ.

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

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Bước 2: Yêu cầu kháng nghị hoặc kháng nghị Nhanh từ chương trình của chúng tôi

- **Nếu quý vị đang yêu cầu kháng nghị tiêu chuẩn, hãy gửi kháng nghị tiêu chuẩn bằng văn bản.** Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng nghị bằng cách gọi cho chúng tôi. Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Nếu quý vị đang yêu cầu kháng nghị nhanh, hãy kháng nghị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Quý vị phải đưa ra yêu cầu kháng nghị trong vòng 60 ngày dương lịch** tính từ ngày ghi trên thông báo bằng văn bản mà chúng tôi đã gửi để cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ, hãy giải thích lý do kháng nghị của quý vị bị trễ khi quý vị kháng nghị. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng nghị. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm một căn bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không thể liên hệ với chúng tôi, hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng nghị.
- **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin liên quan đến quyết định y tế của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể bổ sung thêm thông tin để hỗ trợ kháng nghị của mình.** Chúng tôi được phép tính phí cho việc sao chép và gửi thông tin này cho quý vị.

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

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

Thời hạn kháng nghị nhanh

- Đối với kháng nghị nhanh, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi tiếp nhận kháng nghị của quý vị.** Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm điều này.
 - Nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể mang lại lợi ích cho quý vị, chúng tôi **có thể cần thêm tới 14 ngày dương lịch** nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu chúng tôi cần thêm thời gian, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể dành thêm thời gian nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc theo toa Medicare Phần B.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ (hoặc vào cuối khoảng thời gian gia hạn nếu chúng tôi mất thêm ngày), chúng tôi phải tự động gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, khi đó yêu cầu sẽ được xem xét bởi một tổ chức đánh giá độc lập. Phần 6.4 giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.
- **Nếu chúng tôi đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi tiếp nhận kháng nghị của quý vị.
- **Nếu chúng tôi không đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị quyết định của chúng tôi bằng văn bản và tự động chuyển kháng nghị của quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập để kháng nghị Cấp 2. Tổ chức đánh giá độc lập sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản khi tiếp nhận kháng nghị của quý vị.

Thời hạn kháng nghị tiêu chuẩn

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

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

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

Phần 6.4

Chỉ dẫn từng bước: Cách thực hiện kháng nghị Cấp 2

Thuật ngữ Pháp lý

Tên chính thức của tổ chức đánh giá độc lập là **Đơn vị Đánh giá Độc lập**. Tổ chức còn được gọi là **IRE**.

Tổ chức đánh giá độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê. Tổ chức này không có liên quan tới chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định xem liệu quyết định của chúng tôi đưa ra có đúng hay không hoặc có nên thay đổi hay không. Medicare giám sát hoạt động của tổ chức này.

Bước 1: Tổ chức đánh giá độc lập xem xét kháng nghị của quý vị.

- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng nghị của quý vị tới tổ chức này. Thông tin này được gọi là **hồ sơ vụ việc**. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao hồ sơ vụ việc của quý vị.** Chúng tôi được phép tính phí cho việc sao chép và gửi thông tin này cho quý vị.
- Quý vị có quyền cung cấp thêm thông tin cho tổ chức đánh giá độc lập để hỗ trợ kháng nghị của quý vị.
- Những người đánh giá tại tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Nếu quý vị đã có kháng nghị nhanh ở Cấp 1, quý vị cũng sẽ có kháng nghị nhanh ở Cấp 2

- Đối với kháng nghị nhanh, tổ chức xem xét phải đưa ra câu trả lời cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi tiếp nhận kháng nghị của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế và tổ chức đánh giá độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **tổ chức sẽ cần thêm tới 14 ngày dương lịch.** Tổ chức đánh giá độc lập không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc theo toa Medicare Phần B.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)***Nếu quý vị đã có kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 1 thì quý vị cũng sẽ có kháng nghị tiêu chuẩn ở Cấp 2***

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, tổ chức đánh giá phải đưa ra câu trả lời cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày dương lịch** tính từ ngày tổ chức tiếp nhận kháng nghị của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc theo toa Medicare Phần B, tổ chức đánh giá phải đưa ra câu trả lời cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** tính từ ngày tổ chức tiếp nhận kháng nghị của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến vật phẩm hoặc dịch vụ y tế tổ chức đánh giá độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể mang có lợi cho quý vị, **tổ chức thể cần thêm tới 14 ngày dương lịch**. Tổ chức đánh giá độc lập không thể dành thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc theo toa Medicare Phần B.

Bước 2: Tổ chức đánh giá độc lập cung cấp cho quý vị câu trả lời của họ.

Tổ chức đánh giá độc lập sẽ cho quý vị biết quyết định của họ bằng văn bản và giải thích lý do.

- **Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu vật phẩm hoặc dịch vụ y tế**, chúng tôi phải cho phép bảo hiểm chăm sóc y tế **trong vòng 72 giờ** hoặc cung cấp dịch vụ trong vòng **14 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức đánh giá độc lập về **yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc cung cấp dịch vụ **trong vòng 72 giờ** kể từ ngày chương trình nhận được quyết định của tổ chức đánh giá độc lập về **yêu cầu cấp tốc**.
- **Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về thuốc theo toa Medicare Phần B**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc theo toa Medicare Phần B **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức đánh giá độc lập về **yêu cầu tiêu chuẩn** hoặc **trong vòng 24 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của tổ chức đánh giá độc lập về **yêu cầu cấp tốc**.
- **Nếu tổ chức này từ chối với một phần hoặc toàn bộ kháng nghị của quý vị**, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với chương trình của chúng tôi rằng yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) về bảo hiểm chăm sóc y tế không được chấp thuận. (Điều này được gọi là **giữ nguyên quyết định** hoặc **từ chối kháng nghị của quý vị**.) Trong trường hợp này, tổ chức đánh giá độc lập sẽ gửi cho quý vị một lá thư:
 - Giải thích quyết định của tổ chức.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- Thông báo cho quý vị về quyền kháng nghị Cấp 3 nếu giá trị đồng đô-la của bảo hiểm chăm sóc y tế mà quý vị yêu cầu đạt mức tối thiểu nhất định. Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận từ tổ chức đánh giá độc lập sẽ cho quý vị biết số tiền quý vị phải đáp ứng để tiếp tục quá trình kháng nghị.
- Hướng dẫn quý vị cách nộp kháng nghị Cấp 3.

Bước 3: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng các yêu cầu, quý vị lựa chọn có muốn tiếp tục kháng nghị hay không.

- Có ba cấp độ bổ sung trong quy trình kháng nghị sau Cấp 2 (tổng cộng có năm cấp độ kháng nghị). Nếu quý vị muốn kháng nghị Cấp 3, chi tiết về cách thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản quý vị nhận được sau khi kháng nghị Cấp 2.
- Kháng nghị Cấp 3 được xử lý bởi Administrative Law Judge (Thẩm phán Luật Hành chính) hoặc luật sư xét xử. Phần 10 trong chương này giải thích các quy trình kháng nghị Cấp 3, 4 và 5.

Phần 6.5

Điều gì xảy ra nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho hóa đơn quý vị đã nhận cho dịch vụ chăm sóc y tế?

Chúng tôi không thể hoàn tiền trực tiếp cho quý vị đối với dịch vụ hoặc vật phẩm Medicaid. Nếu quý vị nhận hóa đơn cho các dịch vụ và vật phẩm được Medicaid đài thọ, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi. **Quý vị không nên tự thanh toán hóa đơn.** Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề. Nhưng nếu quý vị thanh toán hóa đơn, quý vị có thể được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó hoàn tiền nếu quý vị tuân thủ các quy tắc để nhận dịch vụ hoặc vật phẩm.

Yêu cầu hoàn tiền là yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm

Nếu quý vị gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu hoàn tiền, quý vị đang yêu cầu đưa ra quyết định bảo hiểm. Để đưa ra quyết định này, chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã thanh toán có phải là dịch vụ được đài thọ hay không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem liệu quý vị có tuân thủ tất cả các quy định khi sử dụng bảo hiểm của mình cho dịch vụ chăm sóc y tế hay không.

- **Nếu chúng tôi đồng ý với yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế được đài thọ và quý vị tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản thanh toán chi phí trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi chúng tôi tiếp nhận yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế, chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- **Nếu chúng tôi không đồng ý với yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế *không* được đài thọ, hoặc quý vị đã *không* tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ không gửi khoản thanh toán. Thay vào đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho biết chúng tôi sẽ không thanh toán chi phí chăm sóc y tế và lý do.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định từ chối của chúng tôi, **quý vị có thể kháng nghị**. Nếu quý vị kháng nghị, điều đó có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị.

Để kháng nghị, hãy làm theo quy trình kháng nghị mà chúng tôi mô tả trong Phần 5.3. Đối với kháng nghị liên quan đến việc hoàn tiền, vui lòng lưu ý:

- Chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi chúng tôi tiếp nhận kháng nghị của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận và thanh toán, quý vị không được phép yêu cầu kháng nghị nhanh.
- Nếu tổ chức đánh giá độc lập quyết định chúng tôi nên thanh toán, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán cho quý vị hoặc nhà cung cấp trong vòng 30 ngày dương lịch. Nếu kháng nghị của quý vị được đồng ý ở bất kỳ giai đoạn nào trong quy trình kháng nghị sau Cấp 2, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán mà quý vị yêu cầu cho quý vị hoặc nhà cung cấp trong vòng 60 ngày dương lịch.

PHẦN 7 Thuốc theo toa Phần D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị

Phần 7.1 Phần này cho quý vị biết điều cần làm nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thuốc Phần D hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn tiền thuốc Phần D cho quý vị

Quyền lợi của quý vị bao gồm bảo hiểm cho nhiều loại thuốc theo toa. Để được đài thọ, thuốc phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. (Xem Chương 5 để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.) Để biết chi tiết về thuốc Phần D, các quy tắc, hạn chế và chi phí, vui lòng xem Chương 5 và 6. **Phần này chỉ nói về thuốc Phần D của quý vị.** Để diễn đạt được đơn giản, chúng tôi thường dùng từ *thuốc* trong đoạn còn lại của phần này, thay vì lặp lại cụm *thuốc theo toa ngoại trú được đài thọ hoặc thuốc Phần D*. Chúng tôi cũng sử dụng thuật ngữ “Danh sách Thuốc” thay cho Danh sách Thuốc được Đài thọ hoặc Danh mục Thuốc.

- Nếu quý vị không biết liệu loại thuốc đó có được đài thọ hay không hoặc liệu quý vị có đáp ứng các quy định hay không, quý vị có thể hỏi chúng tôi. Một số loại thuốc yêu cầu quý vị phải được chúng tôi chấp thuận trước khi chúng tôi đài thọ cho thuốc đó.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu nhà thuốc của quý vị thông báo với quý vị rằng không thể mua thuốc theo toa như đã kê, nhà thuốc đó sẽ gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu quyết định bảo hiểm.

Quyết định bảo hiểm và kháng nghị Phần D

Thuật ngữ Pháp lý
Quyết định bảo hiểm ban đầu về thuốc Phần D của quý vị được gọi là quyết định bảo hiểm .

Quyết định bảo hiểm là quyết định chúng tôi đưa ra về quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ thanh toán cho thuốc của quý vị. Phần này cho biết điều quý vị có thể làm nếu quý vị ở trong bất kỳ tình huống nào sau đây:

- Yêu cầu đài thọ một loại thuốc Phần D không có trong *Danh sách Thuốc được Đài thọ* của chương trình. **Yêu cầu ngoại lệ. Phần 7.2**
- Yêu cầu bỏ hạn chế về bảo hiểm của chương trình đối với một loại thuốc (chẳng hạn như giới hạn về số lượng thuốc quý vị có thể nhận) **Yêu cầu ngoại lệ. Phần 7.2**
- Yêu cầu được phê duyệt trước cho một loại thuốc. **Yêu cầu quyết định bảo hiểm. Phần 7.4**
- Thanh toán cho một loại thuốc theo toa quý vị đã mua. **Yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị. Phần 7.4**

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm mà chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Phần này cho quý vị biết cách yêu cầu quyết định bảo hiểm và cách yêu cầu kháng nghị.

Phần 7.2	Ngoại lệ là gì?
-----------------	------------------------

Thuật ngữ Pháp lý
Yêu cầu bảo hiểm cho một loại thuốc không có trong “Danh sách Thuốc” đôi khi được gọi là yêu cầu ngoại lệ danh mục thuốc .
Yêu cầu loại bỏ hạn chế về bảo hiểm cho một loại thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu ngoại lệ danh mục thuốc .
Yêu cầu thanh toán mức giá thấp hơn cho loại thuốc không được ưu tiên được đài thọ đôi khi được gọi là yêu cầu ngoại lệ bậc chi phí .

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Nếu một loại thuốc không được đài thọ theo cách quý vị muốn, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện một **ngoại lệ**. Ngoại lệ là một loại quyết định bảo hiểm.

Để chúng tôi xem xét yêu cầu ngoại lệ của quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác sẽ cần giải thích lý do y tế tại sao quý vị cần được phê duyệt ngoại lệ. Dưới đây là hai ví dụ về các trường hợp ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi thực hiện:

- 1. Đài thọ cho một loại thuốc Phần D không có trong “Danh sách Thuốc” của chúng tôi.** Nếu chúng tôi đồng ý đài thọ một loại thuốc không có trong “Danh sách Thuốc”, quý vị sẽ phải thanh toán số tiền chia sẻ chi phí áp dụng cho tất cả các loại thuốc của chúng tôi. Quý vị không thể yêu cầu ngoại lệ đối với số tiền chia sẻ chi phí mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho thuốc.
- 2. Loại bỏ hạn chế đối với một loại thuốc được đài thọ.** Chương 5 mô tả các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số loại thuốc trong “Danh sách Thuốc” của chúng tôi. Nếu chúng tôi đồng ý đưa ra ngoại lệ và miễn trừ một hạn chế cho quý vị, quý vị có thể yêu cầu ngoại lệ đối với số tiền đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm mà chúng tôi yêu cầu quý vị thanh toán cho thuốc.

Phần 7.3**Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu ngoại lệ****Bác sĩ của quý vị phải cho chúng tôi biết lý do về mặt y tế**

Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác phải cung cấp cho chúng tôi một tuyên bố giải thích lý do về mặt y tế để yêu cầu ngoại lệ. Để có quyết định nhanh hơn, hãy bao gồm thông tin y tế này từ bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác khi quý vị yêu cầu ngoại lệ.

Thông thường, “Danh sách Thuốc” của chúng tôi bao gồm nhiều loại thuốc để điều trị một tình trạng cụ thể. Những lựa chọn thay thế khác nhau này được gọi là thuốc **thay thế**. Nếu một loại thuốc thay thế có hiệu quả tương đương với loại thuốc quý vị đang yêu cầu và không gây ra nhiều tác dụng phụ hơn hoặc các vấn đề sức khỏe khác, thì thông thường chúng tôi sẽ không chấp thuận yêu cầu ngoại lệ của quý vị.

Chúng tôi có thể chấp thuận hoặc từ chối yêu cầu của quý vị

- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu ngoại lệ của quý vị, sự chấp thuận của chúng tôi thường có hiệu lực cho đến cuối năm chương trình. Điều này đúng miễn là bác sĩ tiếp tục kê toa thuốc cho quý vị và loại thuốc đó tiếp tục an toàn và hiệu quả để điều trị tình trạng của quý vị.
- Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị, quý vị có thể yêu cầu xem xét lại quyết định của chúng tôi bằng cách kháng nghị.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Phần 7.4 **Chỉ dẫn từng bước: Cách yêu cầu quyết định bảo hiểm, bao gồm cả ngoại lệ**

Thuật ngữ Pháp lý

Quyết định bảo hiểm nhanh được gọi là **quyết định bảo hiểm cấp tốc**.

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

Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn được đưa ra trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi tiếp nhận báo cáo của bác sĩ của quý vị. **Quyết định bảo hiểm nhanh** được đưa ra trong vòng **24 giờ** sau khi chúng tôi tiếp nhận báo cáo của bác sĩ của quý vị.

Nếu sức khỏe của quý vị cần, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị. Để nhận được quyết định bảo hiểm nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị phải yêu cầu một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh để được hoàn tiền cho loại thuốc quý vị đã mua.)
- Việc sử dụng thời hạn tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc ảnh hưởng đến khả năng hoạt động của quý vị.
- **Nếu bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị cần có quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị.**
- **Nếu quý vị tự yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh mà không có sự hỗ trợ của bác sĩ hoặc người kê toa, chúng tôi sẽ quyết định xem sức khỏe của quý vị có yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị hay không.** Nếu chúng tôi không phê duyệt quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư với nội dung:
 - Giải thích rằng chúng tôi sẽ sử dụng thời hạn tiêu chuẩn.
 - Giải thích rằng nếu bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị.
 - Thông báo cho quý vị biết cách nộp đơn khiếu nại nhanh về quyết định của chúng tôi cung cấp cho quý vị quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định bảo hiểm nhanh mà quý vị đã yêu cầu. Chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ kể từ khi tiếp nhận.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)**Bước 2: Yêu cầu quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn hoặc quyết định bảo hiểm nhanh.**

Bắt đầu bằng cách gọi điện, viết thư hoặc gửi fax tới chương trình của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị cũng có thể xem quy trình quyết định bảo hiểm thông qua trang mạng của chúng tôi. Chúng tôi phải chấp nhận mọi yêu cầu bằng văn bản, bao gồm yêu cầu được gửi trên CMS Model Coverage Determination Request Form (Biểu mẫu Yêu cầu Quyết định Bảo hiểm Mô hình CMS) hoặc trên biểu mẫu chương trình của chúng tôi, hiện có sẵn trên trang mạng. Chương 2 có thông tin liên hệ. Để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị, vui lòng đảm bảo cung cấp tên, thông tin liên hệ của quý vị và thông tin cho biết yêu cầu bị từ chối nào đang bị kháng nghị.

Quý vị, bác sĩ của quý vị, (hoặc người kê toa khác) hoặc người đại diện của quý vị có thể thực hiện việc này. Quý vị cũng có thể nhờ luật sư đại diện cho quý vị. Phần 4 của chương này cho biết cách quý vị có thể cho phép bằng văn bản để người khác làm đại diện cho quý vị.

- **Nếu quý vị đang yêu cầu ngoại lệ, hãy cung cấp tuyên bố hỗ trợ**, đây là lý do về mặt y tế cho ngoại lệ. Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể fax hoặc gửi bản tuyên bố cho chúng tôi qua đường bưu điện. Hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể thông báo cho chúng tôi qua điện thoại và theo dõi bằng cách gửi fax hoặc gửi tuyên bố bằng văn bản nếu cần thiết.

Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị và cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi.***Thời hạn cho quyết định bảo hiểm nhanh***

- Nói chung, chúng tôi phải trả lời cho quý vị **trong vòng 24 giờ** sau khi tiếp nhận yêu cầu của quý vị.
 - Đối với các trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm điều này.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, khi đó yêu cầu sẽ được một tổ chức đánh giá độc lập xem xét.
- **Nếu chúng tôi đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những điều quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi tiếp nhận yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ hỗ trợ yêu cầu của quý vị.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- **Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ những điều quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tuyên bố bằng văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách kháng nghị.

Thời hạn đưa ra quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Nói chung, chúng tôi phải trả lời cho quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi tiếp nhận yêu cầu của quý vị.
 - Đối với các trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm điều này.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, khi đó yêu cầu sẽ được một tổ chức đánh giá độc lập xem xét.
- **Nếu chúng tôi đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những điều quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm** mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi tiếp nhận yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố của bác sĩ hỗ trợ yêu cầu của quý vị.
- **Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ những điều quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tuyên bố bằng văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách kháng nghị.

Thời hạn đưa ra quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về việc thanh toán cho loại thuốc quý vị đã mua

- Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi tiếp nhận yêu cầu của quý vị.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, khi đó yêu cầu sẽ được một tổ chức đánh giá độc lập xem xét.
- **Nếu chúng tôi đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những điều quý vị yêu cầu**, chúng tôi cũng phải thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày dương lịch sau khi chúng tôi tiếp nhận yêu cầu của quý vị.
- **Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ những điều quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tuyên bố bằng văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách kháng nghị.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu bảo hiểm của quý vị, quý vị có thể kháng nghị.

- Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách kháng nghị. Điều này có nghĩa là yêu cầu một lần nữa để nhận được bảo hiểm thuốc quý vị muốn. Nếu quý vị kháng nghị, điều đó có nghĩa là quý vị đang chuyển sang Cấp 1 của quy trình kháng nghị.

Phần 7.5

Chỉ dẫn từng bước: Cách kháng nghị Cấp 1

Thuật ngữ Pháp lý

Kháng nghị lên chương trình về quyết định bảo hiểm thuốc Phần D được gọi là **quyết định lại** của chương trình.

Kháng nghị nhanh còn được gọi là **quyết định lại cấp tốc**.

Bước 1: Quyết định xem quý vị cần kháng nghị tiêu chuẩn hay kháng nghị nhanh.

Kháng nghị tiêu chuẩn thường được thực hiện trong vòng 7 ngày. Kháng nghị nhanh thường được thực hiện trong vòng 72 giờ. Nếu sức khỏe của quý vị cần, hãy yêu cầu kháng nghị nhanh.

- Nếu quý vị đang kháng nghị quyết định của chúng tôi về loại thuốc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác sẽ cần phải quyết định xem quý vị có cần kháng nghị nhanh hay không.
- Các yêu cầu để nhận kháng nghị nhanh cũng giống như các yêu cầu để nhận quyết định bảo hiểm nhanh trong Phần 6.4 của chương này.

Bước 2: Quý vị, người đại diện, bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải liên hệ với chúng tôi và thực hiện kháng nghị Cấp 1. Nếu sức khỏe của quý vị cần phản hồi nhanh, quý vị phải yêu cầu kháng nghị nhanh.

- **Đối với khiếu nại tiêu chuẩn, hãy gửi yêu cầu bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Đối với kháng nghị nhanh, hãy gửi kháng nghị bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi theo số 503-416-4279 hoặc số điện thoại miễn phí 888-712-3258.** Giờ làm việc từ ngày 1 Tháng Mười đến ngày 31 Tháng Ba, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần và từ ngày 1 Tháng Tư đến ngày 30 Tháng Chín, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- **Chúng tôi phải chấp nhận mọi yêu cầu bằng văn bản**, bao gồm yêu cầu được nộp trong *Biểu mẫu Yêu cầu Quyết định Bảo hiểm Mô hình CMS*, có sẵn trên trang mạng của chúng tôi. Vui lòng đảm bảo cung cấp tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị.
- **Quý vị phải đưa ra yêu cầu kháng nghị trong vòng 60 ngày dương lịch** tính từ ngày ghi trên thông báo bằng văn bản mà chúng tôi đã gửi để cho quý vị biết câu trả lời của chúng tôi về quyết định bảo hiểm. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng cho việc bỏ lỡ, hãy giải thích lý do kháng nghị của quý vị bị trễ khi quý vị kháng nghị. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng nghị. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm một căn bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không thể liên hệ với chúng tôi, hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng nghị.
- **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin trong kháng nghị của mình và bổ sung thêm thông tin.** Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể bổ sung thêm thông tin để hỗ trợ kháng nghị của mình. Chúng tôi được phép tính phí cho việc sao chép và gửi thông tin này cho quý vị.

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

- Khi xem xét kháng nghị của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị. Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân thủ tất cả các quy tắc hay không khi từ chối yêu cầu của quý vị. Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác để biết thêm thông tin.

Thời hạn kháng nghị nhanh

- Đối với kháng nghị nhanh, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi tiếp nhận kháng nghị của quý vị**. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị câu trả lời sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm điều này.
 - Nếu chúng tôi không trả lời quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, khi đó yêu cầu sẽ được một tổ chức đánh giá độc lập xem xét. Phần 6.6 giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.
- **Nếu chúng tôi đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những điều quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi tiếp nhận khiếu nại của quý vị.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- **Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ những điều quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tuyên bố bằng văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối và cách quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Thời hạn khiếu nại tiêu chuẩn đối với loại thuốc mà quý vị chưa nhận được

- Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời của chúng tôi **trong vòng 7 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi tiếp nhận kháng nghị của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định sớm hơn cho quý vị nếu quý vị chưa nhận được thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi làm điều này.
 - Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 7 ngày dương lịch, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, khi đó yêu cầu sẽ được một tổ chức đánh giá độc lập xem xét. Phần 6.6 giải thích quy trình kháng nghị Cấp 2.
- **Nếu chúng tôi đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những điều quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm nhanh chóng theo yêu cầu sức khỏe của quý vị, nhưng không muộn hơn **7 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi tiếp nhận kháng nghị của quý vị. **Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ những điều quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tuyên bố bằng văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối và cách quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.

Thời hạn kháng nghị tiêu chuẩn về việc thanh toán cho loại thuốc quý vị đã mua

- Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị câu trả lời **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi tiếp nhận yêu cầu của quý vị.
 - Nếu chúng tôi không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng nghị, khi đó yêu cầu sẽ được một tổ chức đánh giá độc lập xem xét.
- **Nếu chúng tôi đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những điều quý vị yêu cầu**, chúng tôi cũng phải thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày dương lịch sau khi chúng tôi tiếp nhận yêu cầu của quý vị.
- **Nếu chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ những điều quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một tuyên bố bằng văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết cách kháng nghị.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ quyết định xem bản thân muốn tiếp tục quy trình kháng nghị và thực hiện một kháng nghị *khác* hay không.

- Nếu quý vị quyết định kháng nghị một lần nữa, điều đó có nghĩa là kháng nghị của quý vị sẽ được chuyển sang Cấp 2 của quy trình kháng nghị.

Phần 7.6

Chỉ dẫn từng bước: Cách kháng nghị Cấp 2

Thuật ngữ Pháp lý

Tên chính thức của tổ chức đánh giá độc lập là **Đơn vị Đánh giá Độc lập**. Tổ chức còn được gọi là **IRE**.

Tổ chức đánh giá độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê. Tổ chức này không có liên quan tới chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định xem liệu quyết định của chúng tôi đưa ra có đúng hay không hoặc có nên thay đổi hay không. Medicare giám sát hoạt động của tổ chức này.

Bước 1: Quý vị (hoặc người đại diện của quý vị hoặc bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị) phải liên hệ với tổ chức đánh giá độc lập và yêu cầu xem xét trường hợp của quý vị.

- Nếu chúng tôi từ chối kháng nghị Cấp 1 của quý vị, thông báo bằng văn bản chúng tôi gửi cho quý vị sẽ bao gồm **hướng dẫn thực hiện kháng nghị Cấp 2** với tổ chức đánh giá độc lập. Những hướng dẫn này sẽ cho biết ai có thể thực hiện kháng nghị Cấp 2 này, quý vị phải tuân thủ thời hạn nào và cách liên hệ với tổ chức đánh giá. Tuy nhiên, nếu chúng tôi không hoàn thành việc xem xét trong khung thời gian áp dụng hoặc đưa ra quyết định bất lợi liên quan đến quyết định **có nguy cơ** theo chương trình quản lý thuốc của chúng tôi, chúng tôi sẽ tự động chuyển tiếp yêu cầu của quý vị tới IRE.
- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng nghị của quý vị tới tổ chức này. Thông tin này được gọi là **hồ sơ vụ việc**. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao hồ sơ vụ việc của quý vị.** Chúng tôi được phép tính phí cho việc sao chép và gửi thông tin này cho quý vị.
- Quý vị có quyền cung cấp thêm thông tin cho tổ chức đánh giá độc lập để hỗ trợ kháng nghị của quý vị.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)**Bước 2: Tổ chức đánh giá độc lập xem xét kháng nghị của quý vị.**

Những người đánh giá tại tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Thời hạn kháng nghị nhanh

- Nếu sức khỏe của quý vị yêu cầu, hãy yêu cầu tổ chức đánh giá độc lập kháng nghị nhanh.
- Nếu tổ chức đồng ý cung cấp cho quý vị kháng nghị nhanh, tổ chức phải đưa ra câu trả lời cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi tiếp nhận yêu cầu kháng nghị của quý vị.

Thời hạn kháng nghị tiêu chuẩn

- Đối với kháng nghị tiêu chuẩn, tổ chức đánh giá phải trả lời cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** sau khi tiếp nhận kháng nghị của quý vị, nếu đó là về loại thuốc mà quý vị chưa nhận được. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho loại thuốc quý vị đã mua, tổ chức đánh giá phải đưa ra câu trả lời cho kháng nghị Cấp 2 của quý vị **trong vòng 14 ngày dương lịch** sau khi tiếp nhận yêu cầu của quý vị.

Bước 3: Tổ chức đánh giá độc lập cung cấp cho quý vị câu trả lời của họ.***Đối với kháng nghị nhanh:***

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc đã được tổ chức đánh giá phê duyệt **trong vòng 24 giờ** sau khi chúng tôi tiếp nhận quyết định từ tổ chức đánh giá.

Đối với kháng nghị tiêu chuẩn:

- Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được tổ chức đánh giá phê duyệt **trong vòng 72 giờ** sau khi chúng tôi tiếp nhận quyết định từ tổ chức đánh giá.
- Nếu tổ chức đánh giá độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu hoàn tiền cho quý vị đối với loại thuốc quý vị đã mua, chúng tôi phải **gửi khoản thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi tiếp nhận quyết định từ tổ chức đánh giá.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức đánh giá từ chối kháng nghị của quý vị?

Nếu tổ chức này từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng nghị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định không chấp thuận yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) của chúng tôi. (Điều này được gọi là **giữ nguyên quyết định**. Hay còn gọi là **từ chối kháng nghị của quý vị**.) Trong trường hợp này, tổ chức đánh giá độc lập sẽ gửi cho quý vị một lá thư:

- Giải thích quyết định của tổ chức.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- Thông báo cho quý vị về quyền kháng nghị Cấp 3 nếu giá trị đồng đô-la của bảo hiểm thuốc mà quý vị đang yêu cầu đạt mức tối thiểu nhất định. Nếu giá trị đồng đô-la của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu quá thấp, quý vị không thể kháng nghị lần nữa và quyết định ở Cấp 2 là quyết định cuối cùng.
- Thông báo cho quý vị biết giá trị đồng đô-la cần đang nằm trong tranh chấp để được tiếp tục quá trình kháng nghị.

Bước 4: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng các yêu cầu, quý vị lựa chọn có muốn tiếp tục kháng nghị hay không.

- Có ba cấp độ bổ sung trong quy trình kháng nghị sau Cấp 2 (tổng cộng có năm cấp độ kháng nghị).
- Nếu quý vị muốn tiếp tục kháng nghị Cấp 3, chi tiết về cách thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định kháng nghị Cấp 2 của mình.
- Kháng nghị Cấp 3 được xử lý bởi Administrative Law Judge (Thẩm phán Luật Hành chính) hoặc luật sư xét xử. Phần 10 của chương này cho biết thêm về Cấp độ 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

PHẦN 8 Cách yêu cầu chúng tôi đòi thọ thời gian nằm viện nội trú dài hơn nếu quý vị cho rằng mình sắp được xuất viện quá sớm

Khi nhập viện, quý vị có quyền nhận tất cả các dịch vụ bệnh viện được đòi thọ cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh tật hoặc thương tích của mình.

Trong thời gian quý vị nằm viện được đòi thọ, bác sĩ và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị xuất viện. Họ sẽ giúp sắp xếp dịch vụ chăm sóc mà quý vị có thể cần sau khi rời đi.

- Ngày quý vị rời bệnh viện được gọi là **ngày xuất viện**.
- Khi ngày xuất viện của quý vị được quyết định, bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết.
- Nếu quý vị cho rằng mình được yêu cầu rời bệnh viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu ở lại bệnh viện lâu hơn và yêu cầu của quý vị sẽ được xem xét.

Phần 8.1 Trong thời gian nằm viện nội trú, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản từ Medicare cho biết về các quyền của quý vị

Trong vòng hai ngày sau khi nhập viện, quý vị sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản có tên là *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Thông điệp Quan trọng từ

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Medicare về Quyền của Quý vị.). Tất cả những người có Medicare đều nhận được một bản sao của thông báo này. Nếu quý vị không nhận được thông báo từ nhân viên ở bệnh viện (ví dụ, nhân viên phụ trách hồ sơ hoặc y tá), hãy yêu cầu bất kỳ nhân viên bệnh viện nào để được nhận thông báo đó. Nếu quý vị cần hỗ trợ, vui lòng gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng hoặc 800-MEDICARE (800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. (TTY 877-486-2048).

1. Hãy xem kỹ thông báo này và đặt câu hỏi nếu quý vị không hiểu. Thông báo cho quý vị biết:

- Quyền của quý vị được nhận các dịch vụ được Medicare đài thọ trong và sau khi quý vị nằm viện, theo yêu cầu của bác sĩ. Điều này bao gồm quyền được biết những dịch vụ này là gì, ai sẽ thanh toán các dịch vụ đó và quý vị có thể nhận các dịch vụ ở đâu.
- Quyền của quý vị được tham gia vào bất kỳ quyết định nào liên quan đến thời gian nằm viện của quý vị.
- Địa điểm để thông báo bất kỳ mối quan ngại nào của quý vị về chất lượng chăm sóc tại bệnh viện.
- Quyền **yêu cầu xem xét lại ngay lập tức** quyết định xuất viện nếu quý vị cho rằng mình sắp được xuất viện quá sớm. Đây là một cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu trì hoãn ngày xuất viện của quý vị, để chúng tôi có thể đài thọ cho việc chăm sóc tại bệnh viện của quý vị trong thời gian dài hơn.

2. Quý vị sẽ được yêu cầu ký vào thông báo bằng văn bản để chứng minh rằng quý vị đã nhận được thông báo và hiểu rõ các quyền của mình.

- Quý vị hoặc người đại diện cho quý vị sẽ được yêu cầu ký vào thông báo.
- Việc ký vào thông báo *chỉ* thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin về các quyền của mình. Thông báo không cho biết ngày xuất viện của quý vị. Việc ký vào thông báo **không có nghĩa là** quý vị đồng ý về ngày xuất viện.

3. Cất ở nơi dễ lấy bản sao của thông báo để quý vị có thông tin về cách kháng nghị (hoặc thông báo mối quan ngại về chất lượng dịch vụ chăm sóc) nếu quý vị cần.

- Nếu quý vị ký vào thông báo hơn hai ngày trước ngày xuất viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước khi dự kiến xuất viện.
- Để xem trước bản sao của thông báo này, quý vị có thể gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng hoặc 800 MEDICARE (800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi 877-486-2048. Quý vị cũng có thể xem thông báo trực tuyến tại **[cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices)**.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)**Phần 8.2 Chỉ dẫn từng bước: Cách thực hiện kháng nghị Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị**

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi đòi thợ cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị trong thời gian dài hơn, quý vị sẽ cần sử dụng quy trình kháng nghị để đưa ra yêu cầu này. Trước khi bắt đầu, hãy hiểu những điều quý vị cần làm và thời hạn là gì.

- **Thực hiện theo quy trình.**
- **Đáp ứng thời hạn.**
- **Nhờ hỗ trợ nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào, vui lòng gọi cho ban Dịch vụ khách hàng. Hoặc gọi đến Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang của quý vị, một tổ chức chính phủ cung cấp hỗ trợ cá nhân hóa.

Trong kháng nghị Cấp 1, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét kháng nghị của quý vị. Tổ chức kiểm tra xem ngày xuất viện theo kế hoạch của quý vị có phù hợp về mặt y tế với quý vị hay không.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng là một nhóm bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ Liên bang trả tiền để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho những người có Medicare. Trong đó bao gồm xem xét ngày xuất viện của những người có Medicare. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

Bước 1: Hãy liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng tại tiểu bang của quý vị và yêu cầu xem xét ngày việc xuất viện của quý vị. Quý vị phải hành động nhanh chóng.

Quý vị có thể liên hệ với tổ chức này bằng cách nào?

- Thông báo bằng văn bản quý vị đã nhận (*Thông điệp Quan trọng từ Medicare về Quyền của Quý vị*) cho quý vị biết cách liên hệ với tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải thiện Chất lượng cho tiểu bang của quý vị trong Chương 2.

Hành động nhanh chóng:

- Để kháng nghị, quý vị phải liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng *trước* khi rời bệnh viện và **không muộn hơn nửa đêm ngày quý vị xuất viện.**
 - **Nếu quý vị đáp ứng được thời hạn này,** quý vị có thể ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện mà không cần thanh toán cho việc ở lại, trong khi chờ đợi quyết định từ Tổ chức Cải thiện Chất lượng.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- **Nếu quý vị không đáp ứng được thời hạn này**, và quý vị quyết định ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến, quý vị có thể phải trả tất cả các chi phí cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện dự kiến.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn, hãy liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng, và quý vị vẫn muốn kháng nghị, thay vào đó quý vị phải kháng nghị trực tiếp với chương trình của chúng tôi. Để biết chi tiết về cách kháng nghị khác này, hãy xem Phần 8.4 của chương này.

Sau khi quý vị yêu cầu xem xét ngay lập tức việc xuất viện của mình, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ liên hệ với chúng tôi. Trước buổi trưa của ngày sau khi chúng tôi được liên hệ, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị **Detailed Notice of Discharge (Thông báo Chi tiết về việc Xuất viện)**. Thông báo này cung cấp ngày xuất viện dự kiến của quý vị và giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi cho rằng việc quý vị xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

Quý vị có thể lấy mẫu Thông báo Chi tiết về việc Xuất viện bằng cách gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng hoặc 800-MEDICARE (800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. (Người dùng TTY vui lòng gọi 877-486-2048.) Hoặc quý vị có thể xem mẫu thông báo trực tuyến tại [cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices).

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng tiến hành đánh giá độc lập về trường hợp của quý vị.

- Các chuyên gia y tế tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng (người đánh giá) sẽ hỏi quý vị (hoặc người đại diện của quý vị) tại sao quý vị cho rằng nên tiếp tục đòi hỏi cho các dịch vụ. Quý vị không cần phải chuẩn bị bất cứ điều gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể chuẩn bị nếu muốn.
- Người đánh giá cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà bệnh viện và chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Trước buổi trưa của ngày sau khi người đánh giá thông báo cho chúng tôi về kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản từ chúng tôi cho biết ngày xuất viện dự kiến của quý vị. Thông báo này cũng giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi cho rằng việc quý vị xuất viện vào ngày đó là đúng (phù hợp về mặt y tế).

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Bước 3: Trong vòng một ngày sau khi có tất cả thông tin cần thiết, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ đưa ra câu trả lời cho kháng nghị của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là đồng ý?

- Nếu tổ chức đánh giá đồng ý, chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú được đòi hỏi của quý vị trong thời gian các dịch vụ này cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình (chẳng hạn như các khoản khấu trừ hoặc đồng thanh toán, nếu có áp dụng). Ngoài ra, có thể có những hạn chế đối với các dịch vụ bệnh viện được đòi hỏi của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là từ chối?

- Nếu tổ chức đánh giá từ chối, họ đang thông báo rằng ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Nếu điều này xảy ra, bảo hiểm của chúng tôi đối với các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị sẽ kết thúc vào buổi trưa của ngày sau khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng đưa ra câu trả lời cho kháng nghị của quý vị.
- Nếu tổ chức đánh giá từ chối kháng nghị của quý vị và quý vị quyết định ở lại bệnh viện, thì quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau buổi trưa của ngày mà sau khi Tổ chức Cải thiện Chất lượng đưa ra câu trả lời cho kháng nghị của quý vị.

Bước 4: Nếu kháng nghị Cấp 1 của quý vị bị từ chối, quý vị sẽ quyết định xem có kháng nghị lần nữa hay không.

- Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng đã từ chối kháng nghị của quý vị, và quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến, thì quý vị có thể kháng nghị lần nữa. Kháng nghị lần nữa có nghĩa là quý vị đang chuyển sang Cấp 2 của quy trình kháng nghị.

Phần 8.3**Chỉ dẫn từng bước: Cách thực hiện kháng nghị Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị**

Trong kháng nghị Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem xét lại quyết định của họ đối với kháng nghị đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng từ chối kháng nghị Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho lần lưu trú của mình sau ngày xuất viện dự kiến.

Bước 1: Liên hệ lại với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và yêu cầu xem xét lại.

- Quý vị phải yêu cầu xem xét lại trong vòng 60 ngày dương lịch sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng từ chối kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu xem xét lại nếu quý vị ở lại bệnh viện sau ngày bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng thực hiện đánh giá lần hai về trường hợp của quý vị.

- Những người đánh giá tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày dương lịch kể từ khi nhận được yêu cầu kháng nghị Cấp 2 của quý vị, người đánh giá sẽ quyết định về kháng nghị của quý vị và cho quý vị biết quyết định của họ.

Nếu tổ chức đánh giá đồng ý:

- **Chúng tôi phải hoàn tiền cho quý vị** phần chia sẻ của chúng tôi về chi phí chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã nhận được kể từ trưa ngày sau ngày kháng nghị đầu tiên của quý vị bị Tổ chức Cải thiện Chất lượng từ chối. **Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện của quý vị trong thời gian cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình và có thể áp dụng các giới hạn bảo hiểm.

Nếu tổ chức đánh giá từ chối:

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định mà họ đưa ra đối với kháng nghị Cấp 1 của quý vị.
- Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết bằng văn bản những điều quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục quá trình đánh giá.

Bước 4: Nếu bị từ chối, quý vị sẽ cần phải quyết định có tiếp tục kháng nghị bằng cách chuyển sang Cấp 3 hay không.

- Có ba cấp độ bổ sung trong quy trình kháng nghị sau Cấp 2 (tổng cộng có năm cấp độ kháng nghị). Nếu quý vị muốn tiến hành kháng nghị Cấp 3, chi tiết về cách thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định kháng nghị Cấp 2 của mình.
- Kháng nghị Cấp 3 được xử lý bởi Administrative Law Judge (Thẩm phán Luật Hành chính) hoặc luật sư xét xử. Phần 10 của chương này cho biết thêm về Cấp độ 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Phần 8.4 Điều gì xảy ra nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn kháng nghị Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện?

Thuật ngữ Pháp lý

Việc đánh giá nhanh (hoặc kháng nghị nhanh) còn được gọi là **kháng nghị cấp tốc**.

Thay vào đó, quý vị có thể kháng nghị với chúng tôi

Như đã giải thích ở trên, quý vị phải hành động nhanh chóng để bắt đầu kháng nghị Cấp 1 về ngày xuất viện. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng, có một cách khác để quý vị kháng nghị.

Nếu quý vị sử dụng cách kháng nghị khác này, *thì hai cấp độ kháng nghị đầu tiên sẽ khác nhau.*

Hướng dẫn Từng Bước: Cách thực hiện kháng nghị Thay thế Cấp 1**Bước 1: Liên hệ với chúng tôi và yêu cầu đánh giá nhanh.**

- **Yêu cầu đánh giá nhanh.** Điều này có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi đưa ra câu trả lời cho quý vị theo thời hạn nhanh thay vì thời hạn tiêu chuẩn. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 2: Chúng tôi đánh giá nhanh ngày xuất viện dự kiến của quý vị, kiểm tra xem liệu ngày đó có phù hợp về mặt y tế hay không.

- Trong quá trình đánh giá này, chúng tôi xem xét tất cả thông tin về thời gian nằm viện của quý vị. Chúng tôi kiểm tra xem ngày xuất viện dự kiến của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không. Chúng tôi xem liệu quyết định về thời gian quý vị nên xuất viện có công bằng và tuân thủ tất cả các quy tắc hay không.

Bước 3: Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi quý vị yêu cầu đánh giá nhanh.

- **Nếu chúng tôi đồng ý với kháng nghị của quý vị,** điều đó có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý với quý vị rằng quý vị vẫn cần phải ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện. Chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ bệnh viện nội trú được đài thọ của quý vị trong thời gian cần thiết về mặt y tế. Điều đó cũng có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý hoàn toàn cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã nhận được, kể từ ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc. (Quý vị phải thanh toán phần chi phí của mình và có thể áp dụng các giới hạn bảo hiểm.)

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- **Nếu chúng tôi từ chối kháng nghị của quý vị**, chúng tôi đang thông báo rằng ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Bảo hiểm của chúng tôi dành cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị sẽ kết thúc kể từ ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm sẽ kết thúc.
 - Nếu quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến, **quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí** cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận sau ngày xuất viện dự kiến.

Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối kháng nghị của quý vị, trường hợp của quý vị sẽ tự động được chuyển sang cấp độ tiếp theo của quy trình kháng nghị.

Hướng dẫn Từng Bước: Quy trình kháng nghị *Thay thế Cấp 2*

Thuật ngữ Pháp lý
Tên chính thức của tổ chức đánh giá độc lập là Đơn vị Đánh giá Độc lập . Tổ chức còn được gọi là IRE .

Tổ chức đánh giá độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê. Tổ chức này không có liên quan tới chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Tổ chức này quyết định xem liệu quyết định của chúng tôi đưa ra có đúng hay không hoặc có nên thay đổi hay không. Medicare giám sát hoạt động của tổ chức này.

Bước 1: Chúng tôi sẽ tự động chuyển tiếp trường hợp của quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập.

- Chúng tôi phải gửi thông tin kháng nghị Cấp 2 của quý vị tới tổ chức đánh giá độc lập trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi thông báo với quý vị rằng chúng tôi từ chối kháng nghị đầu tiên của quý vị. (Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hoặc các thời hạn khác, quý vị có thể khiếu nại. Phần 11 của chương này hướng dẫn cách khiếu nại.)

Bước 2: Tổ chức đánh giá độc lập đánh giá nhanh kháng nghị của quý vị. Người đánh giá sẽ trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ.

- Những người đánh giá tại tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng nghị về việc xuất viện của quý vị.
- **Nếu tổ chức này đồng ý với kháng nghị của quý vị**, thì chúng tôi phải (trả lại cho quý vị) phần chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã nhận kể từ ngày quý vị dự định xuất viện. Chúng tôi cũng phải tiếp tục bảo hiểm của chương trình cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị trong thời gian cần thiết về mặt y tế. Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình. Nếu có giới

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

hạn về bảo hiểm, những giới hạn này có thể giới hạn số tiền chúng tôi sẽ hoàn trả hoặc thời gian chúng tôi sẽ tiếp tục đòi hỏi cho các dịch vụ của quý vị.

- **Nếu tổ chức này từ chối kháng nghị của quý vị**, điều đó có nghĩa là họ đồng ý rằng ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y tế.
 - Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được từ tổ chức đánh giá độc lập sẽ cho biết cách bắt đầu kháng nghị Cấp 3, do Thẩm phán Luật Hành chính hoặc thẩm phán luật sư xử lý.

Bước 3: Nếu tổ chức đánh giá độc lập từ chối kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ lựa chọn tiếp tục kháng nghị hay không.

- Có ba cấp độ bổ sung trong quy trình kháng nghị sau Cấp 2 (tổng cộng có năm cấp độ kháng nghị). Nếu người đánh giá từ chối kháng nghị Cấp 2 của quý vị, quý vị sẽ chấp nhận quyết định của họ hoặc tiếp tục kháng nghị Cấp 3.
- Phần 10 của chương này cho biết thêm về Cấp độ 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

PHẦN 9 Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục đòi hỏi một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của mình sắp kết thúc quá sớm

Phần 9.1	<i>Phần này chỉ bàn về ba dịch vụ:</i> Chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn và các dịch vụ tại Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF)
-----------------	--

Khi quý vị nhận **dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc điều dưỡng chuyên môn hoặc chăm sóc phục hồi chức năng (Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện)** được đòi hỏi, quý vị có quyền tiếp tục nhận các dịch vụ của mình cho loại hình chăm sóc đó, miễn là dịch vụ chăm sóc đó cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh tật hoặc thương tích cho quý vị.

Khi chúng tôi quyết định ngừng đòi hỏi bất kỳ loại hình chăm sóc nào trong ba loại hình chăm sóc cho quý vị, chúng tôi phải thông báo trước cho quý vị. Khi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc đó của quý vị kết thúc, *chúng tôi sẽ ngừng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.*

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi sẽ kết thúc bảo hiểm chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi.** Phần này cho quý vị biết cách yêu cầu kháng nghị.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Phần 9.2

Chúng tôi sẽ cho quý vị biết trước khi nào bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc

Thuật ngữ Pháp lý

Notice of Medicare Non-Coverage (Thông báo về việc Không Bảo hiểm của Medicare).

Thông báo cho quý vị biết cách quý vị có thể yêu cầu **kháng nghị nhanh**. Yêu cầu kháng nghị nhanh là một cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu thay đổi quyết định bảo hiểm của chúng tôi về thời điểm ngừng chăm sóc cho quý vị.

1. **Quý vị nhận được thông báo bằng văn bản** ít nhất hai ngày trước khi chương trình của chúng tôi ngừng đài thọ dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Thông báo cho quý vị biết:
 - Ngày mà chúng tôi sẽ ngừng đài thọ việc chăm sóc cho quý vị.
 - Cách yêu cầu kháng nghị nhanh để yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong thời gian dài hơn.
2. **Quý vị, hoặc người đại diện cho quý vị, sẽ được yêu cầu ký vào thông báo bằng văn bản để chứng minh rằng quý vị đã nhận được thông báo đó.** Việc ký vào thông báo *chỉ* thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin về thời điểm bảo hiểm của quý vị sẽ ngừng. **Việc ký vào thông báo không có nghĩa là quý vị đồng ý** với quyết định ngừng chăm sóc của chương trình.

Phần 9.3

Chỉ dẫn từng bước: Cách thực hiện kháng nghị Cấp 1 để chương trình của chúng tôi đài thọ cho việc chăm sóc của quý vị trong thời gian dài hơn

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi đài thọ cho việc chăm sóc của quý vị trong thời gian dài hơn, quý vị sẽ cần sử dụng quy trình kháng nghị để đưa ra yêu cầu này. Trước khi bắt đầu, hãy hiểu những điều quý vị cần làm và thời hạn là gì.

- **Thực hiện theo quy trình.**
- **Đáp ứng thời hạn.**
- **Nhờ hỗ trợ nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào, vui lòng gọi cho ban Dịch vụ khách hàng. Hoặc gọi đến Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Tiểu bang của quý vị, một tổ chức chính phủ cung cấp hỗ trợ cá nhân hóa.

Trong kháng nghị Cấp 1, Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét kháng nghị của quý vị. Tổ chức quyết định ngày kết thúc chăm sóc của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Bước 1: Thực hiện kháng nghị Cấp 1 của quý vị: liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và yêu cầu kháng nghị nhanh. Quý vị phải hành động nhanh chóng.

Quý vị có thể liên hệ với tổ chức này bằng cách nào?

- Thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được (*Thông báo về việc Không Bảo hiểm của Medicare*) cho quý vị biết cách liên hệ với tổ chức này. (Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ chức Cải thiện Chất lượng tại tiểu bang của quý vị trong Chương 2.)

Hành động nhanh chóng:

- Quý vị phải liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng để bắt đầu kháng nghị **trước buổi trưa của ngày trước ngày có hiệu lực** trong *Thông báo về việc Không Bảo hiểm của Medicare*.
- Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và quý vị vẫn muốn gửi kháng nghị, thay vào đó quý vị phải kháng nghị trực tiếp với chúng tôi. Để biết chi tiết về cách kháng nghị khác này, hãy xem Phần 9.5 của chương này.

Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng tiến hành đánh giá độc lập về trường hợp của quý vị.

Thuật ngữ Pháp lý

Detailed Explanation of Non-Coverage (Giải thích Chi tiết về việc Không Bảo hiểm). Thông báo cung cấp chi tiết về lý do chấm dứt đài thọ.

Điều gì xảy ra trong quá trình đánh giá này?

- Các chuyên gia y tế tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng (người đánh giá) sẽ hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị tại sao quý vị cho rằng nên tiếp tục đài thọ cho các dịch vụ. Quý vị không cần phải chuẩn bị bất cứ điều gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể chuẩn bị nếu muốn.
- Tổ chức đánh giá cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Trước cuối ngày người đánh giá thông báo cho chúng tôi về kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ nhận được **Giải thích Chi tiết về việc Không Bảo hiểm** từ chúng tôi, trong đó giải thích chi tiết lý do chúng tôi chấm dứt bảo hiểm cho các dịch vụ của quý vị.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Bước 3: Trong vòng một ngày sau khi những người đánh giá có tất cả thông tin cần thiết; họ sẽ cho quý vị biết quyết định.

Điều gì xảy ra nếu người đánh giá đồng ý?

- Nếu người đánh giá đồng ý với kháng nghị của quý vị, thì **chúng tôi phải tiếp tục cung cấp các dịch vụ được đòi hỏi của quý vị trong thời gian cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình (chẳng hạn như các khoản khấu trừ hoặc đồng thanh toán, nếu có áp dụng). Có thể có những hạn chế đối với các dịch vụ được đòi hỏi của quý vị.

Điều gì xảy ra nếu người đánh giá từ chối?

- Nếu người đánh giá *từ chối*, thì **bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị.**
- Nếu quý vị quyết định tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc các dịch vụ của Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (CORF) *sau* ngày bảo hiểm của quý vị kết thúc, thì **quý vị sẽ phải tự thanh toán toàn bộ chi phí** cho dịch vụ chăm sóc này.

Bước 4: Nếu kháng nghị Cấp 1 của quý vị bị từ chối, quý vị sẽ quyết định xem có kháng nghị lần nữa hay không.

- Nếu người đánh giá *từ chối* kháng nghị Cấp 1 của quý vị – và quý vị chọn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị kết thúc – thì quý vị có thể kháng nghị Cấp 2.

Phần 9.4 **Chỉ dẫn từng bước: Cách thực hiện kháng nghị Cấp 2 để chương trình của chúng tôi đòi hỏi cho việc chăm sóc của quý vị trong thời gian dài hơn**

Trong kháng nghị Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ chức Cải thiện Chất lượng xem xét lại quyết định về kháng nghị đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ chức Cải thiện Chất lượng từ chối kháng nghị Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc các dịch vụ của Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (CORF) *sau* ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.

Bước 1: Liên hệ lại với Tổ chức Cải thiện Chất lượng và yêu cầu xem xét lại.

- Quý vị phải yêu cầu đánh giá **trong vòng 60 ngày** sau ngày Tổ chức Cải thiện Chất lượng *từ chối* kháng nghị Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu đánh giá nếu quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị kết thúc.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)**Bước 2: Tổ chức Cải thiện Chất lượng thực hiện đánh giá lần hai về trường hợp của quý vị.**

- Những người đánh giá tại Tổ chức Cải thiện Chất lượng sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.

Bước 3: Trong vòng 14 ngày kể từ ngày tiếp nhận yêu cầu kháng nghị của quý vị, người đánh giá sẽ quyết định về kháng nghị của quý vị và cho quý vị biết quyết định của họ.***Điều gì xảy ra nếu tổ chức đánh giá đồng ý?***

- **Chúng tôi phải hoàn tiền cho quý vị** phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi thông báo rằng bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc. **Chúng tôi phải tiếp tục cung cấp bảo hiểm** cho dịch vụ chăm sóc trong thời gian cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình và có thể áp dụng các giới hạn bảo hiểm.

Điều gì xảy ra nếu tổ chức đánh giá từ chối?

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định đưa ra đối với kháng nghị Cấp 1 của quý vị.
- Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết bằng văn bản những điều quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục quá trình đánh giá. Thông báo sẽ cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về cách chuyển sang cấp độ kháng nghị tiếp theo, do Thẩm phán Luật Hành chính hoặc thẩm phán luật sư xử lý.

Bước 4: Nếu bị từ chối, quý vị sẽ cần phải quyết định có tiếp tục kháng nghị hay không.

- Có ba cấp độ kháng nghị bổ sung sau Cấp độ 2, tổng cộng có năm cấp độ kháng nghị. Nếu quý vị muốn tiếp tục kháng nghị Cấp 3, chi tiết về cách thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định kháng nghị Cấp 2 của mình.
- Kháng nghị Cấp 3 được xử lý bởi Administrative Law Judge (Thẩm phán Luật Hành chính) hoặc luật sư xét xử. Phần 10 của chương này cho biết thêm về Cấp độ 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

Phần 9.5**Điều gì xảy ra nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn kháng nghị Cấp 1?****Thay vào đó, quý vị có thể kháng nghị với chúng tôi**

Như đã giải thích ở trên, quý vị phải hành động nhanh chóng để liên hệ với Tổ chức Cải thiện Chất lượng để bắt đầu kháng nghị đầu tiên của mình (nhiều nhất là trong vòng một hoặc hai ngày). Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn liên hệ với tổ chức này, có một cách khác để kháng nghị. Nếu quý vị sử dụng cách kháng nghị khác này, thì hai cấp độ kháng nghị đầu tiên sẽ khác nhau.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Hướng dẫn Từng Bước: Cách thực hiện kháng nghị *Thay thế* Cấp 1

Thuật ngữ Pháp lý

Việc đánh giá nhanh (hoặc kháng nghị nhanh) còn được gọi là **kháng nghị cấp tốc**.

Bước 1: Liên hệ với chúng tôi và yêu cầu đánh giá nhanh.

- **Yêu cầu đánh giá nhanh.** Điều này có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi đưa ra câu trả lời cho quý vị theo thời hạn nhanh thay vì thời hạn tiêu chuẩn. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Bước 2: Chúng tôi đánh giá nhanh quyết định mà chúng tôi đã đưa ra về thời điểm kết thúc bảo hiểm cho các dịch vụ của quý vị.

- Trong quá trình đánh giá này, chúng tôi sẽ xem xét lại tất cả thông tin về trường hợp của quý vị. Chúng tôi kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân thủ tất cả các quy tắc hay không khi ấn định ngày kết thúc bảo hiểm của chương trình đối với các dịch vụ mà quý vị đang nhận.

Bước 3: Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 giờ sau khi quý vị yêu cầu đánh giá nhanh.

- **Nếu chúng tôi đồng ý với kháng nghị của quý vị,** điều đó có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý với quý vị rằng quý vị cần dịch vụ lâu hơn, và sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ được đòi hỏi của quý vị trong thời gian cần thiết về mặt y tế. Điều đó cũng có nghĩa là chúng tôi đã đồng ý hoàn tiền cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã nhận được, kể từ ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc. (Quý vị phải thanh toán phần chi phí của mình và có thể áp dụng các giới hạn bảo hiểm.)
- **Nếu chúng tôi từ chối kháng nghị của quý vị,** thì bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị, và chúng tôi sẽ không thanh toán bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào sau ngày này.
- Nếu quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hoặc các dịch vụ của Cơ sở Phục hồi Ngoại trú Toàn diện (CORF) sau ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc, thì **quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí** cho dịch vụ chăm sóc này.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Bước 4: Nếu chúng tôi *từ chối* kháng nghị nhanh của quý vị, trường hợp của quý vị sẽ *tự động* chuyển sang cấp độ tiếp theo của quy trình kháng nghị.

Thuật ngữ Pháp lý
Tên chính thức của tổ chức đánh giá độc lập là Đơn vị Đánh giá Độc lập . Tổ chức còn được gọi là IRE .

Hướng dẫn Từng Bước: Quy trình kháng nghị *Thay thế* Cấp 2

Trong kháng nghị Cấp 2, **tổ chức đánh giá độc lập** đánh giá quyết định mà chúng tôi đã đưa ra đối với kháng nghị nhanh của quý vị. Tổ chức này quyết định xem có nên thay đổi quyết định hay không. **Tổ chức đánh giá độc lập là một tổ chức độc lập được Medicare thuê**. Tổ chức này không liên quan đến chương trình của chúng tôi và không phải là cơ quan chính phủ. Tổ chức này là công ty được Medicare lựa chọn để đảm nhiệm vai trò tổ chức đánh giá độc lập. Medicare giám sát hoạt động của tổ chức này.

Bước 1: Chúng tôi *tự động* chuyển trường hợp quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập.

- Chúng tôi phải gửi thông tin kháng nghị Cấp 2 của quý vị tới tổ chức đánh giá độc lập trong vòng 24 giờ kể từ khi chúng tôi thông báo với quý vị rằng chúng tôi *từ chối* kháng nghị đầu tiên của quý vị. (Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn này hoặc các thời hạn khác, quý vị có thể khiếu nại. Phần 11 của chương này hướng dẫn cách khiếu nại.)

Bước 2: Tổ chức đánh giá độc lập đánh giá nhanh kháng nghị của quý vị. Người đánh giá sẽ trả lời cho quý vị trong vòng 72 giờ.

- Những người đánh giá tại tổ chức đánh giá độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin liên quan đến kháng nghị của quý vị.
- **Nếu tổ chức này đồng ý với kháng nghị của quý vị**, thì chúng tôi phải hoàn lại cho quý vị phần chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã nhận được kể từ ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc. Chúng tôi cũng phải tiếp tục đài thọ dịch vụ chăm sóc trong thời gian cần thiết về mặt y tế. Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chi phí của mình. Nếu có giới hạn bảo hiểm, những giới hạn này có thể giới hạn số tiền chúng tôi sẽ hoàn trả hoặc thời gian chúng tôi tiếp tục đài thọ các dịch vụ.
- **Nếu tổ chức này từ chối kháng nghị của quý vị**, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định mà chương trình của chúng tôi đưa ra đối với kháng nghị đầu tiên của quý vị và sẽ không thay đổi quyết định đó.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- Thông báo quý vị nhận được từ tổ chức đánh giá độc lập sẽ cho quý vị biết bằng văn bản những điều quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục kháng nghị Cấp 3.

Bước 3: Nếu tổ chức đánh giá độc lập từ chối kháng nghị của quý vị, quý vị sẽ lựa chọn tiếp tục kháng nghị hoặc không.

- Có ba cấp độ kháng nghị bổ sung sau Cấp độ 2, tổng cộng có năm cấp độ kháng nghị. Nếu quý vị muốn tiếp tục kháng nghị Cấp 3, chi tiết về cách thực hiện việc này có trong thông báo bằng văn bản mà quý vị nhận được sau quyết định kháng nghị Cấp 2 của mình.
- Kháng nghị Cấp 3 được xem xét bởi Thẩm phán Luật Hành chính hoặc người xét xử luật sư. Phần 10 của chương này cho biết thêm về Cấp độ 3, 4 và 5 của quy trình kháng nghị.

PHẦN 10 Kháng nghị Cấp 3 trở lên

Phần 10.1 Kháng nghị Cấp 3, 4 và 5 đối với Yêu cầu Dịch vụ Y tế

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã tiến hành kháng nghị Cấp 1 và kháng nghị Cấp 2, và cả hai kháng nghị của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị đồng đô-la của vật phẩm hoặc dịch vụ y tế mà quý vị kháng nghị đạt các mức tối thiểu nhất định, quý vị có thể chuyển sang các kháng nghị cấp bổ sung. Nếu giá trị đồng đô-la thấp hơn mức tối thiểu, quý vị không thể kháng nghị thêm nữa. Phản hồi bằng văn bản mà quý vị nhận được đối với kháng nghị Cấp 2 sẽ giải thích cách thực hiện kháng nghị Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng nghị, ba cấp độ kháng nghị cuối cùng có cơ chế hoạt động tương tự nhau. Dưới đây là người xử lý việc đánh giá kháng nghị của quý vị ở từng cấp.

Kháng nghị Cấp 3 Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử làm việc cho chính phủ liên bang sẽ đánh giá kháng nghị của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị.

- **Nếu Thẩm phán Luật Hành chính hoặc thẩm phán luật sư đồng ý với kháng nghị của quý vị, quá trình kháng nghị có thể có hoặc có thể không kết thúc.** Không giống như quyết định kháng nghị Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng nghị quyết định Cấp 3 mà có lợi cho quý vị. Nếu chúng tôi quyết định kháng nghị, kháng nghị sẽ chuyển sang kháng nghị Cấp 4.
 - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng nghị, chúng tôi phải ủy quyền hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi nhận được quyết định của Thẩm phán Luật Hành chính hoặc thẩm phán luật sư.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- Nếu chúng tôi quyết định kháng nghị quyết định đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản sao yêu cầu kháng nghị Cấp 4 cùng với mọi tài liệu đi kèm. Chúng tôi có thể đợi quyết định kháng nghị Cấp 4 trước khi cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế đang có tranh chấp.
- **Nếu Thẩm phán Luật Hành chính hoặc thẩm phán luật sư từ chối kháng nghị của quý vị, quá trình kháng nghị có thể có hoặc có thể không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng nghị của mình, thì quá trình kháng nghị sẽ kết thúc.
 - Nếu không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục chuyển sang cấp độ tiếp theo của quy trình đánh giá. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết điều cần làm đối với kháng nghị Cấp 4.

Kháng nghị Cấp 4: Medicare Appeals Council (Hội đồng, Hội đồng Kháng nghị Medicare) sẽ đánh giá kháng nghị của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị. Hội đồng thuộc chính phủ Liên bang.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu đánh giá quyết định kháng nghị Cấp 3 có lợi của chúng tôi, thì quá trình kháng nghị có thể có hoặc có thể không kết thúc.** Không giống như quyết định ở Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng nghị quyết định Cấp 4 có lợi cho quý vị. Chúng tôi sẽ quyết định xem có nên kháng nghị quyết định này lên Cấp 5 hay không.
 - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng nghị quyết định, chúng tôi phải ủy quyền hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị trong vòng 60 ngày dương lịch sau khi tiếp nhận quyết định của Hội đồng.
 - Nếu chúng tôi quyết định kháng nghị quyết định đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết bằng văn bản.
- **Nếu câu trả lời là từ chối hoặc nếu Hội đồng từ chối yêu cầu đánh giá quyết định, quá trình kháng nghị có thể có hoặc có thể không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng nghị của mình, thì quá trình kháng nghị sẽ kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục đến cấp tiếp theo của quá trình đánh giá. Nếu Hội đồng từ chối kháng nghị của quý vị, thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu các quy tắc có cho phép quý vị tiếp tục kháng nghị Cấp 5 hay không và cách tiếp tục kháng nghị Cấp 5.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Kháng nghị Cấp 5 Thẩm phán tại **Federal District Court** (Tòa án Quận Liên bang) sẽ đánh giá kháng nghị của quý vị.

- Thẩm phán sẽ xem xét tất cả thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *từ chối* kháng nghị của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn mức kháng nghị nào sau Tòa án Quận Liên bang.

Phần 10.2 Kháng nghị Cấp 3, 4 và 5 đối với Yêu cầu Thuốc Phần D

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã tiến hành kháng nghị Cấp 1 và kháng nghị Cấp 2, và cả hai kháng nghị của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị của loại thuốc quý vị kháng nghị đạt đến một số tiền nhất định, quý vị có thể chuyển sang các cấp độ kháng nghị bổ sung. Nếu số tiền thấp hơn, quý vị không thể kháng nghị thêm. Phản hồi bằng văn bản mà quý vị nhận được đối với kháng nghị Cấp 2 sẽ giải thích người quý vị cần liên hệ và việc cần làm để yêu cầu kháng nghị Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng nghị, ba cấp độ kháng nghị cuối cùng có cơ chế hoạt động tương tự nhau. Dưới đây là người xử lý việc đánh giá kháng nghị của quý vị ở từng cấp.

Kháng nghị Cấp 3 Một Thẩm phán Luật Hành chính hoặc thẩm phán luật sư làm việc cho chính phủ Liên bang sẽ đánh giá kháng nghị của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, thì quá trình kháng nghị kết thúc.** Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Thẩm phán Luật Hành chính hoặc luật sư xét xử phê duyệt **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng nghị cấp tốc) hoặc thanh toán không muộn hơn 30 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là từ chối, quá trình kháng nghị có thể có hoặc có thể không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng nghị của mình, thì quá trình kháng nghị sẽ kết thúc.
 - Nếu không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục chuyển sang cấp độ tiếp theo của quy trình đánh giá. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết điều cần làm đối với kháng nghị Cấp 4.

Kháng nghị Cấp 4 Hội đồng Kháng nghị Medicare (Hội đồng) sẽ đánh giá kháng nghị của quý vị và đưa ra câu trả lời cho quý vị. Hội đồng thuộc chính phủ Liên bang.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, thì quá trình kháng nghị kết thúc.** Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Hội đồng phê duyệt **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng nghị cấp tốc) hoặc thanh toán không muộn hơn 30 ngày dương lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là từ chối, quá trình kháng nghị có thể có hoặc có thể không kết thúc.**
 - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng nghị của mình, thì quá trình kháng nghị sẽ kết thúc.
 - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục đến cấp tiếp theo của quá trình đánh giá. Nếu Hội đồng từ chối kháng nghị của quý vị hoặc từ chối yêu cầu đánh giá kháng nghị của quý vị, thông báo sẽ cho quý vị biết liệu các quy tắc có cho phép quý vị tiếp tục kháng nghị Cấp 5 hay không. Thông báo cũng sẽ cho quý vị biết người cần liên hệ và điều cần làm tiếp theo nếu quý vị chọn tiếp tục kháng nghị.

Kháng nghị Cấp 5 Thẩm phán tại **Federal District Court** (Tòa án Quận Liên bang) sẽ đánh giá kháng nghị của quý vị.

- Thẩm phán sẽ xem xét tất cả thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *từ chối* kháng nghị của quý vị. Đây là câu trả lời cuối cùng. Không còn mức kháng nghị nào sau Tòa án Quận Liên bang.

PHẦN 11 Cách khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc, thời gian chờ, dịch vụ khách hàng hoặc các mối quan ngại khác

Phần 11.1 Quy trình khiếu nại sẽ giải quyết những loại vấn đề gì?

Quy trình khiếu nại *chỉ* được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định. Trong đó bao gồm các vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ và dịch vụ khách hàng. Dưới đây là ví dụ về các loại vấn đề được xử lý trong quy trình khiếu nại.

Khiếu nại	Ví dụ
Chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị	<ul style="list-style-type: none"> • Quý vị có không hài lòng với chất lượng dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được (bao gồm cả chăm sóc tại bệnh viện) không?
Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị	<ul style="list-style-type: none"> • Có người không tôn trọng quyền riêng tư hoặc chia sẻ thông tin bí mật của quý vị hay không?

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Khiếu nại	Ví dụ
<p>Thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc các hành vi tiêu cực khác</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Có người cư xử thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng quý vị hay không? • Quý vị không hài lòng với Dịch vụ khách hàng của chúng tôi? • Quý vị cảm thấy có động lực rời khỏi chương trình hay không?
<p>Thời gian chờ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quý vị có đang gặp khó khăn trong việc đặt lịch hẹn hoặc chờ đợi quá lâu để có được lịch hẹn hay không? • Quý vị có bị bác sĩ, dược sĩ hoặc các chuyên gia y tế khác yêu cầu phải chờ đợi quá lâu hay không? Hoặc được ban Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi hay nhân viên khác của chương trình yêu cầu chờ đợi quá lâu? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ví dụ gồm có chờ quá lâu trên điện thoại, trong phòng chờ hoặc phòng khám, hoặc khi nhận đơn thuốc.
<p>Vệ sinh sạch sẽ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quý vị có không hài lòng với việc làm vệ sinh hoặc điều kiện tại phòng khám, bệnh viện hoặc phòng khám bác sĩ không?
<p>Thông tin quý vị nhận từ chúng tôi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chúng tôi đã không thể gửi tới quý vị thông báo cần thiết? • Thông tin bằng văn bản của chúng tôi có khó hiểu hay không?

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

Khiếu nại	Ví dụ
<p>Tính kịp thời (Những loại khiếu nại này đều liên quan đến <i>tính kịp thời</i> của các hành động của chúng tôi liên quan đến các quyết định bảo hiểm và kháng nghị)</p>	<p>Nếu quý vị đã yêu cầu một quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại, và quý vị cho rằng chúng tôi không phản hồi đủ nhanh, quý vị có thể khiếu nại về sự chậm trễ của chúng tôi. Dưới đây là các ví dụ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quý vị đã yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh hoặc kháng nghị nhanh, và chúng tôi đã từ chối; quý vị có thể khiếu nại. • Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng kịp các thời hạn đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc kháng nghị; quý vị có thể khiếu nại. • Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng kịp thời hạn đòi nợ hoặc hoàn tiền cho quý vị đối với một số vật phẩm hoặc dịch vụ y tế hoặc thuốc đã được phê duyệt; quý vị có thể khiếu nại. • Quý vị cho rằng chúng tôi đã không thể đáp ứng kịp thời hạn yêu cầu để chuyển tiếp trường hợp của quý vị đến tổ chức đánh giá độc lập; quý vị có thể khiếu nại.

Phần 11.2 Cách khiếu nại

Thuật ngữ Pháp lý
<ul style="list-style-type: none"> • Khiếu nại còn được gọi là than phiền. • Khiếu nại còn được gọi là nộp đơn than phiền. • Sử dụng quy trình khiếu nại còn được gọi là sử dụng quy trình nộp đơn than phiền. • Khiếu nại nhanh còn được gọi là than phiền cấp tốc.

Phần 11.3 Chỉ dẫn từng bước: Khiếu nại

Bước 1: Liên hệ với chúng tôi kịp thời - qua điện thoại hoặc bằng văn bản.

- **Thông thường, gọi tới ban Dịch vụ Khách hàng là bước đầu tiên.** Nếu quý vị cần làm thêm điều gì khác, ban Dịch vụ Khách hàng sẽ cho quý vị biết.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- **Nếu quý vị không muốn gọi (hoặc quý vị đã gọi và cảm thấy không hài lòng), quý vị có thể khiếu nại bằng văn bản và gửi cho chúng tôi.** Nếu quý vị khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ trả lời khiếu nại của quý vị bằng văn bản. Đây là quy trình:
 - Than phiền (khiếu nại) có thể được gửi bằng lời nói hoặc bằng văn bản tới ban Dịch vụ Khách hàng.
 - Khiếu nại sẽ được Điều phối viên Khiếu nại đánh giá. Người này sẽ gửi thư xác nhận trong vòng năm ngày làm việc.
 - Chúng tôi phải giải quyết khiếu nại của quý vị nhanh chóng theo như trường hợp của quý vị yêu cầu, dựa trên tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không quá 30 ngày sau khi tiếp nhận khiếu nại của quý vị.
 - Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu của quý vị về “quyết định bảo hiểm nhanh” hoặc “kháng nghị nhanh”, thì quý vị có quyền nộp “khiếu nại nhanh.” Khi quý vị nộp “khiếu nại nhanh”, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ.
 - Chúng tôi có thể gia hạn khung thời gian thêm tối đa 14 ngày nếu quý vị yêu cầu gia hạn, hoặc nếu chúng tôi nhận thấy cần thêm thông tin và việc trì hoãn là vì lợi ích tốt nhất cho quý vị.
- **Thời hạn** khiếu nại là 60 ngày dương lịch kể từ thời điểm quý vị gặp vấn đề mà quý vị muốn khiếu nại.

Bước 2: Chúng tôi xem xét khiếu nại của quý vị và cung cấp quý vị câu trả lời của chúng tôi.

- **Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay lập tức.** Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để khiếu nại, chúng tôi có thể trả lời quý vị trong cuộc điện thoại đó.
- **Hầu hết các khiếu nại đều được giải đáp trong vòng 30 ngày dương lịch.** Nếu chúng tôi cần thêm thông tin và sự chậm trễ là vì lợi ích tốt nhất cho quý vị, hoặc nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày dương lịch (tổng cộng 44 ngày dương lịch) để giải đáp khiếu nại của quý vị. Nếu chúng tôi quyết định cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- **Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu của quý vị về quyết định bảo hiểm nhanh hoặc kháng nghị nhanh, chúng tôi sẽ tự động gửi khiếu nại nhanh cho quý vị.** Nếu quý vị có khiếu nại nhanh, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ.

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

- **Nếu chúng tôi không đồng ý** với một số hoặc tất cả khiếu nại của quý vị, hoặc không chịu trách nhiệm về vấn đề quý vị đang khiếu nại, chúng tôi sẽ đưa ra lý do trong phản hồi của chúng tôi tới quý vị.

Phần 11.4 Quý vị cũng có thể khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc tới Tổ chức Cải thiện Chất lượng

Nếu khiếu nại của quý vị là về *chất lượng dịch vụ chăm sóc*, quý vị cũng có thêm hai lựa chọn:

- **Quý vị có thể khiếu nại trực tiếp tới Tổ chức Cải thiện Chất lượng.** Tổ chức Cải thiện Chất lượng là một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ Liên bang trả tiền để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân Medicare. Chương 2 có thông tin liên hệ.

Hoặc

- **Quý vị có thể khiếu nại đồng thời tới cả Tổ chức Cải thiện Chất lượng và chúng tôi.**

Phần 11.5 Quý vị cũng có thể thông báo cho Medicare biết về khiếu nại của mình

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về CareOregon Advantage Plus trực tiếp tới Medicare. Để nộp đơn khiếu nại trực tiếp tới Medicare, truy cập [medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Quý vị cũng có thể gọi tới số 800-MEDICARE (800-633-4227). Người dùng TTY/TDD vui lòng gọi 877-486-2048.

CÁC VẤN ĐỀ VỀ QUYỀN LỢI MEDICAID CỦA QUÝ VỊ

PHẦN 12 Xử lý các vấn đề về quyền lợi Medicaid của quý vị

Cách kháng nghị một quyết định

Trong kháng nghị, Medicaid Managed Care Plan (Chương trình Chăm sóc Có Quản lý Medicaid) của quý vị sẽ yêu cầu chuyên gia chăm sóc sức khỏe đánh giá trường hợp của quý vị. Để yêu cầu kháng nghị:

- Gọi điện hoặc viết thư cho ban dịch vụ khách hàng của Chương trình Chăm sóc Có Quản lý Medicaid của quý vị
- Gọi hoặc viết thư gửi OHP nếu quý vị có Fee-For-Service OHP (OHP Phí Dịch vụ)

Quý vị có thể yêu cầu kháng nghị và điều trần bằng cách điền vào “Appeal and Hearing Request Form” (“Biểu mẫu Yêu cầu Kháng nghị và Điều trần”) (OHP 3302 hoặc MSC 443.) Chương trình Chăm sóc Có Quản lý Medicaid của quý vị sẽ có biểu mẫu này khi gửi cho quý vị thư Notice of Adverse Benefit Determination (NOABD, Thông báo Xác định Quyền lợi Bất lợi). Quý vị cũng có

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

thể nhận biểu mẫu này bằng ngôn ngữ ưa tiên của mình bằng cách gọi đến Chương trình Chăm sóc Có Quản lý Medicaid, gọi đến ban Dịch vụ khách hàng OHP hoặc trực tuyến tại địa chỉ:

oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Forms.aspx

Gọi cho Chương trình Chăm sóc Có Quản lý Medicaid của quý vị nếu quý vị muốn được hỗ trợ yêu cầu kháng nghị. Quý vị sẽ nhận “Notice of Appeal Resolution” (“Thông báo Giải quyết Kháng nghị”) từ chương trình trong vòng 16 ngày. Thư này sẽ cho quý vị biết liệu người đánh giá đồng ý hay không đồng ý với quyết định của OHP hoặc Kế hoạch Chăm sóc Có Quản lý Medicaid của quý vị. Trong thời gian chờ đợi, quý vị có thể tiếp tục sử dụng dịch vụ đang bị dừng nếu quý vị:

- Yêu cầu Chương trình Chăm sóc Có Quản lý Medicaid của quý vị tiếp tục dịch vụ;
- Yêu cầu trong vòng 10 ngày kể từ ngày thư NOABD có hiệu lực.
- Nếu quý vị nhận được thư sau ngày có hiệu lực, vui lòng gọi để được hướng dẫn.
- Nếu người đánh giá đồng ý với quyết định ban đầu, quý vị có thể phải thanh toán cho các dịch vụ quý vị nhận được sau ngày có hiệu lực trên thư NOABD.

Nếu quý vị cần kháng nghị nhanh (cấp tốc)

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể cho rằng quý vị đang gặp vấn đề khẩn cấp về y tế, nha khoa hoặc về sức khỏe tâm thần và không thể chờ kháng nghị thông thường. Trong trường hợp này, hãy thông báo cho Chương trình Chăm sóc Có Quản lý Medicaid của quý vị rằng quý vị cần kháng nghị nhanh (cấp tốc). Fax yêu cầu của quý vị cho chương trình. Bao gồm tuyên bố từ nhà cung cấp của quý vị hoặc yêu cầu nhà cung cấp gọi điện và giải thích lý do tại sao việc đó là khẩn cấp. Nếu Chương trình Chăm sóc Có Quản lý Medicaid của quý vị đồng ý rằng việc đó là khẩn cấp, chương trình sẽ gọi cho quý vị để thông báo quyết định trong vòng 72 giờ.

Kháng nghị nhà cung cấp

Nhà cung cấp của quý vị có quyền kháng nghị cho quý vị khi lệnh từ bác sĩ của họ bị Chương trình Chăm sóc Có Quản lý Medicaid từ chối. Quý vị phải đồng ý với việc kháng nghị này bằng văn bản.

Cách nhận phiên điều trần của quản trị viên

Các hội viên của Chương trình Chăm sóc Có Quản lý Medicaid và những người tham gia Phí Dịch vụ OHP có thể có buổi điều trần với thẩm phán luật hành chính Oregon. Quý vị sẽ có 120 ngày kể từ ngày Từ chối Dịch vụ ghi trên “Thông báo Xác định Quyền lợi Bất lợi (NOABD)” hoặc “Thông báo Giải quyết Kháng nghị” để yêu cầu OHP tổ chức một buổi điều trần.

Quý vị có thể yêu cầu điều trần bằng cách điền vào Biểu mẫu Yêu cầu Kháng nghị và Điều trần (OHP 3302 hoặc MSC 443.) Chương trình Chăm sóc Có Quản lý Medicaid của quý vị sẽ bao gồm biểu mẫu này khi gửi cho quý vị thư NOABD. Quý vị cũng có thể nhận biểu mẫu này bằng ngôn

Chương 9 Cần làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại (quyết định bảo hiểm, kháng nghị, khiếu nại)

ngữ ưa tiên của mình bằng cách gọi tới Chương trình Chăm sóc Có Quản lý Medicaid hoặc Dịch vụ Khách hàng OHP. Quý vị cũng có thể tìm biểu mẫu trực tuyến tại

oregon.gov/ohs/HSD/OHP/Pages/Forms.aspx

Nếu quý vị đã ghi danh vào Chương trình Chăm sóc Có Quản lý Medicaid, quý vị có thể yêu cầu kháng nghị và điều trần cùng lúc.

Tại phiên điều trần, quý vị có thể cho thẩm phán biết lý do quý vị không đồng ý với quyết định và tại sao các dịch vụ đó phải được đài thọ. Quý vị không cần luật sư, nhưng quý vị có thể nhờ luật sư hoặc người khác, chẳng hạn như bác sĩ, tham gia cùng quý vị. Nếu quý vị thuê luật sư, quý vị phải trả phí luật sư. Hoặc quý vị có thể gọi đến Public Benefits Hotline (Đường dây nóng Phúc lợi Cộng đồng) (một chương trình của Legal Aid Services (Dịch vụ Hỗ trợ Pháp lý) của Oregon và Oregon Law Center (Trung tâm Luật Oregon)) theo số 800-520-5292, TTY 711, để được tư vấn và có thể có đại diện. Thông tin về hỗ trợ pháp lý miễn phí cũng có thể được tìm thấy tại: **oregonlawhelp.org**

Điều trần khẩn cấp cho các vấn đề y tế khẩn cấp

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể cho rằng quý vị đang gặp một vấn đề y tế khẩn cấp và không thể chờ phiên điều trần thông thường. Gửi fax biểu mẫu yêu cầu điều trần của quý vị tới OHP Hearings Unit (Đơn vị Điều trần OHP) theo số 503-945-6035. Gửi kèm biểu mẫu tuyên bố (mẫu OHP 3302 hoặc MSC 443) từ nhà cung cấp của quý vị giải thích lý do tại sao việc đó lại khẩn cấp. Nếu Giám đốc Y tế OHP đồng ý rằng việc đó là khẩn cấp, Đơn vị Điều trần sẽ gọi cho quý vị sau ba ngày làm việc.

Điều quan trọng cần biết

Đại diện Dịch vụ Khách hàng của CareOregon Advantage Plus có thể giúp quý vị nộp khiếu nại. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi 503-416-4279 hoặc số điện thoại miễn phí 888-712-3258 và yêu cầu nói chuyện với Đại diện Dịch vụ Khách hàng. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.

Kháng nghị quyết định sẽ không ảnh hưởng đến việc tiếp tục dịch vụ với CareOregon Advantage Plus. Tuy nhiên, quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán các dịch vụ được cung cấp trong quá trình kháng nghị, nếu quyết định từ chối hoặc giới hạn dịch vụ được giữ nguyên.

CHƯƠNG 10:

Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị
trong chương trình

PHẦN 1 Giới thiệu về việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong CareOregon Advantage Plus có thể là **tự nguyện** (lựa chọn của quý vị) hoặc **không tự nguyện** (không phải lựa chọn của quý vị):

- Quý vị có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi vì đã quyết định rằng quý vị *muốn* rời đi. Phần 2 và 3 cung cấp thông tin về việc tự nguyện chấm dứt tư cách hội viên của quý vị.
- Cũng có những trường hợp hạn chế mà quý vị không lựa chọn rời đi, nhưng chúng tôi buộc phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Phần 5 cho quý vị biết về các trường hợp chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chương trình của chúng tôi phải tiếp tục cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc theo toa cho quý vị, và quý vị sẽ tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình cho đến khi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị.

PHẦN 2 Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi?

Phần 2.1 Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên vì quý vị có Medicare và Medicaid

Hầu hết những người có Medicare chỉ có thể chấm dứt tư cách hội viên vào những thời điểm nhất định trong năm. Vì quý vị có Medicaid nên quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi hoặc chuyển sang chương trình khác một lần trong mỗi Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt sau:

- Tháng Một đến Tháng Ba
- Tháng Tư đến Tháng Sáu
- Tháng Bảy đến Tháng Chín

Nếu quý vị tham gia gói của chúng tôi vào một trong những giai đoạn này, quý vị sẽ phải đợi đến giai đoạn tiếp theo để chấm dứt tư cách hội viên của mình hoặc chuyển sang chương trình khác. Quý vị không thể sử dụng Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt này để chấm dứt tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi trong khoảng thời gian từ Tháng Mười đến Tháng Mười Hai. Tuy nhiên, tất cả những người có Medicare đều có thể thực hiện các thay đổi từ ngày 15 Tháng Mười - ngày 7 Tháng Mười Hai trong Annual Enrollment Period (Giai đoạn Ghi danh Hàng năm). Phần 2.2 cho quý vị biết thêm về Giai đoạn Ghi danh Hàng năm.

- Chọn bất kỳ loại chương trình Medicare nào sau đây:
 - Một chương trình chăm sóc sức khỏe Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa

Chương 10 Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình

- Original Medicare có chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt
- Original Medicare không có chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt
 - Nếu quý vị dùng lựa chọn này, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị chọn không ghi danh tự động.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy trong thời gian liên tục từ 63 ngày trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn Phần D nếu quý vị tham gia chương trình thuốc của Medicare sau đó.

Liên hệ với Văn phòng Medicaid Tiểu bang của quý vị để tìm hiểu về các lựa chọn chương trình Medicaid của quý vị (số điện thoại có trong Chương 2, Phần 6 của tài liệu này).

- **Khi nào tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt?** Tư cách hội viên của quý vị thường sẽ kết thúc vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị. Việc ghi danh vào chương trình mới của quý vị cũng sẽ bắt đầu vào ngày này.

Phần 2.2

Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai đoạn Ghi danh Hàng năm

Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong **Giai đoạn Ghi danh Hàng năm** (còn được gọi là Giai đoạn Ghi danh Mở Hàng năm). Trong thời gian này, hãy xem xét bảo hiểm sức khỏe và thuốc của quý vị và quyết định về bảo hiểm cho năm tới.

- **Giai đoạn Ghi danh Hàng năm** diễn ra từ **ngày 15 Tháng Mười** đến **ngày 7 Tháng Mười Hai**.
- **Lựa chọn giữ bảo hiểm hiện tại của quý vị hoặc thực hiện thay đổi đối với bảo hiểm của quý vị cho năm sắp tới.** Nếu quý vị quyết định thay đổi sang chương trình mới, quý vị có thể chọn bất kỳ loại chương trình nào sau đây:
 - Một chương trình chăm sóc sức khỏe Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa.
 - Original Medicare có chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt

HOẶC

- Original Medicare *không* có chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt.
- **Tư cách hội viên của quý vị sẽ kết thúc trong kế hoạch của chúng tôi** khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu vào ngày 1 Tháng Một.

Chương 10 Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình

Nếu quý vị nhận “Hỗ trợ Bổ sung” từ Medicare để thanh toán cho thuốc theo toa của mình: Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị chọn không tham gia ghi danh tự động.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy trong 63 ngày trở lên liên tiếp, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn Phần D nếu quý vị tham gia chương trình thuốc của Medicare sau đó.

Phần 2.3 Quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai đoạn Ghi danh Mở Medicare Advantage

Quý vị có cơ hội thay đổi bảo hiểm sức khỏe *một* lần trong **Giai đoạn Ghi danh Mở Medicare Advantage**.

- **Giai đoạn Ghi danh Mở Medicare Advantage hàng năm** diễn ra từ ngày 1 Tháng Một đến ngày 31 Tháng Ba.
- **Trong Giai đoạn Ghi danh Mở Medicare Advantage hàng năm**, quý vị có thể:
 - Chuyển sang một Chương trình Medicare Advantage khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa.
 - Hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi và nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn chuyển sang Original Medicare trong thời gian này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng vào thời điểm đó.
- **Tư cách hội viên của quý vị sẽ chấm dứt** vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị đăng ký vào một chương trình Medicare Advantage khác, hoặc chúng tôi nhận được yêu cầu chuyển sang Original Medicare của quý vị. Nếu quý vị cũng chọn ghi danh tham gia chương trình thuốc theo toa của Medicare, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình thuốc sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình thuốc nhận được yêu cầu ghi danh của quý vị.

Phần 2.4 Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt

Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện chấm dứt tư cách hội viên của mình vào những thời điểm khác trong năm. Thời điểm này được gọi là **Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt**.

Quý vị có thể đủ điều kiện để chấm dứt tư cách hội viên của mình trong Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt nếu quý vị thuộc bất kỳ tình huống nào sau đây. Đây chỉ là những ví dụ, để có danh

Chương 10 Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình

sách đầy đủ, quý vị có thể liên hệ với chương trình, gọi cho Medicare hoặc truy cập trang mạng của Medicare (***medicare.gov***):

- Thông thường, khi quý vị đã chuyển đi.
- Nếu quý vị có Oregon Health Plan (Medicaid).
- Nếu quý vị đủ điều kiện nhận “Hỗ trợ Bổ sung” trong việc thanh toán tiền thuốc theo toa Medicare của mình.
- Nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng với quý vị.
- Nếu quý vị đang được chăm sóc tại một cơ sở, chẳng hạn như viện dưỡng lão hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn (LTC).
- Nếu quý vị ghi danh vào Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE, Chương trình Chăm sóc Toàn diện dành cho Người cao niên).

Lưu ý: Nếu quý vị đang tham gia chương trình quản lý thuốc, quý vị có thể không thay đổi được chương trình. Chương 5, Phần 10 cho quý vị biết thêm về các chương trình quản lý thuốc.

Lưu ý: Phần 2.1 cho quý vị biết thêm về giai đoạn ghi danh đặc biệt dành cho những người có Medicaid.

- **Giai đoạn ghi danh khác nhau**, tùy thuộc vào trường hợp của quý vị.
- **Để tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện tham gia Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt hay không**, vui lòng gọi cho Medicare theo số 800-MEDICARE (800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 877-486-2048. Nếu đủ điều kiện chấm dứt tư cách hội viên vì một tình huống đặc biệt, quý vị có thể chọn thay đổi cả bảo hiểm sức khỏe Medicare và bảo hiểm thuốc theo toa của mình. Quý vị có thể chọn:
- Một chương trình chăm sóc sức khỏe Medicare khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa.
- Original Medicare có chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt

HOẶC

- Original Medicare *không* có chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy trong 63 ngày trở lên liên tiếp, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn Phần D nếu quý vị tham gia chương trình thuốc của Medicare sau đó.

Chương 10 Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình

Nếu quý vị nhận “Hỗ trợ Bổ sung” từ Medicare để thanh toán cho thuốc theo toa của mình:
 Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị chọn không tham gia ghi danh tự động.

Tư cách hội viên của quý vị thường sẽ chấm dứt vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị.

Lưu ý: Phần 2.1 và 2.2 cho quý vị biết thêm về giai đoạn ghi danh đặc biệt dành cho những người có Medicaid và Hỗ trợ Bổ sung.

Phần 2.5 **Quý vị có thể lấy thêm thông tin về thời điểm quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của mình ở đâu?**

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về việc chấm dứt tư cách hội viên, quý vị có thể:

- **Gọi ban Dịch vụ Khách hàng.**
- Tìm kiếm thông tin trong cẩm nang **Medicare & You 2024**.
- Liên hệ **Medicare** theo số 800-MEDICARE (800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. (TTY 877-486-2048).

PHẦN 3 **Làm thế nào để quý vị kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi?**

Bảng dưới đây giải thích cách quý vị kết thúc tư cách hội viên trong chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	Đây là điều quý vị cần làm:
<p>Một chương trình chăm sóc sức khỏe Medicare khác</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ghi danh vào chương trình chăm sóc sức khỏe Medicare mới. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. • Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi CareOregon Advantage Plus khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.

Chương 10 Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình

Nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	Đây là điều quý vị cần làm:
Original Medicare <i>có</i> chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt	<ul style="list-style-type: none"> • Ghi danh vào chương trình thuốc theo toa mới của Medicare. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo. • Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi CareOregon Advantage Plus khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.
<p>Original Medicare <i>không có</i> chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị chọn không tham gia ghi danh tự động. ○ Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và liên tục 63 ngày trở lên mà không có bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn nếu tham gia chương trình thuốc của Medicare sau đó. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gửi cho chúng tôi một văn bản yêu cầu hủy ghi danh. Liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện việc này (số điện thoại được in ở bìa sau của tập sách này). • Quý vị cũng có thể liên hệ Medicare, theo số 800-MEDICARE (800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần, và yêu cầu hủy ghi danh. Người dùng TTY vui lòng gọi 877-486-2048. • Quý vị sẽ bị hủy ghi danh khỏi CareOregon Advantage Plus khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu.

Lưu ý: Nếu quý vị hủy ghi danh khỏi bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và không có bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy trong 63 ngày trở lên liên tiếp, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn Phần D nếu quý vị tham gia chương trình thuốc của Medicare sau đó.

Nếu có thắc mắc về các quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid), hãy liên hệ với ban Dịch vụ Khách hàng của Oregon Health Plan theo số điện thoại miễn phí 800-699-9075 (TTY 711), từ 7 giờ sáng đến 6 giờ chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Hỏi liệu việc tham gia một chương trình khác hoặc quay lại Original Medicare ảnh hưởng như thế nào đến việc quý vị nhận bảo hiểm của Oregon Health Plan (Medicaid).

PHẦN 4 Cho đến khi tư cách hội viên của quý vị chấm dứt, quý vị phải tiếp tục nhận các vật phẩm y tế, dịch vụ và thuốc thông qua chương trình của chúng tôi

Cho đến khi tư cách hội viên CareOregon Advantage Plus của quý vị kết thúc, và bảo hiểm Medicare mới của quý vị bắt đầu, quý vị phải tiếp tục nhận các vật phẩm y tế, dịch vụ và thuốc theo toa thông qua chương trình của chúng tôi.

- **Tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để nhận được dịch vụ chăm sóc y tế.**
- **Tiếp tục sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi hoặc đặt hàng qua đường bưu điện để mua thuốc theo toa.**
- **Nếu quý vị nhập viện vào ngày tư cách hội viên của quý vị chấm dứt, thời gian nằm viện của quý vị sẽ được chương trình của chúng tôi đài thọ cho đến khi quý vị xuất viện (ngay cả khi quý vị xuất viện sau khi bảo hiểm sức khỏe mới của quý vị bắt đầu).**

PHẦN 5 CareOregon Advantage Plus phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình trong những trường hợp nhất định

Phần 5.1	Khi nào chúng tôi phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình?
-----------------	--

CareOregon Advantage Plus **phải chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình nếu bất kỳ điều nào sau đây xảy ra:**

- Nếu quý vị không còn Medicare Phần A và Phần B
- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện nhận Medicaid. Như đã nêu trong Chương 1, Phần 2.1, chương trình của chúng tôi dành cho những người đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid. Sau khi chương trình được thông báo rằng quý vị không còn đáp ứng các yêu cầu về tính đủ điều kiện đặc biệt này nữa, quý vị sẽ có 90 ngày để đáp ứng các yêu cầu về tính đủ điều kiện đặc biệt của chương trình. Nếu quý vị vẫn không đáp ứng các yêu cầu đủ điều kiện đặc biệt trong chương trình của chúng tôi vào cuối thời hạn 90 ngày, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình này sẽ chấm dứt. Quý vị sẽ nhận được thông báo từ chúng tôi về việc kết thúc tư cách hội viên và các lựa chọn của quý vị.
- Nếu quý vị chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi
- Nếu quý vị ở xa khu vực dịch vụ của chúng tôi trong hơn sáu tháng

Chương 10 Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình

- Nếu quý vị chuyển chỗ hoặc có một chuyến đi dài, hãy gọi cho ban Dịch vụ Khách hàng để tìm hiểu xem địa điểm quý vị sắp chuyển tới hoặc đi tới có nằm trong khu vực chương trình của chúng tôi hay không.
- Nếu quý vị bị giam giữ (vào tù)
- Nếu quý vị không còn là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ
- Nếu quý vị nói dối hoặc che giấu thông tin về bảo hiểm khác cung cấp bảo hiểm thuốc theo toa mà quý vị có
- Nếu quý vị cố tình cung cấp cho chúng tôi thông tin không chính xác khi quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi, và thông tin đó ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện của quý vị đối với chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể buộc quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này, trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
- Nếu quý vị liên tục hành xử theo cách gây rối và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và các hội viên khác trong chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể buộc quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này, trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
- Nếu quý vị cho người khác sử dụng thẻ hội viên của quý vị để được chăm sóc y tế. (Chúng tôi không thể buộc quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này, trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
 - Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị vì lý do này, Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh tra điều tra trường hợp của quý vị.
- Nếu quý vị được yêu cầu thanh toán số tiền Phần D bổ sung vì lý do thu nhập của quý vị, và quý vị không thanh toán số tiền đó, Medicare sẽ hủy ghi danh quý vị khỏi chương trình của chúng tôi.

Quý vị có thể lấy thêm thông tin ở đâu?

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn biết thêm thông tin về thời điểm chúng tôi có thể kết thúc tư cách hội viên của quý vị, hãy gọi cho ban Dịch vụ Khách hàng.

Phần 5.2

Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe

CareOregon Advantage Plus không được phép yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe.

Chương 10 Chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình

Quý vị nên làm gì nếu việc này xảy ra?

Nếu quý vị cảm thấy bản thân đang bị yêu cầu rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do liên quan đến sức khỏe, hãy gọi cho Medicare theo số 800-MEDICARE (800-633-4227) 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần (TTY 877-486-2048) .

Phần 5.3	Quý vị có quyền khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi
-----------------	--

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi phải cho quý vị biết lý do bằng văn bản về việc chấm dứt tư cách hội viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải giải thích cách quý vị có thể nộp đơn than phiền hoặc khiếu nại về quyết định chấm dứt tư cách hội viên của chúng tôi.

CHƯƠNG 11:

Thông báo pháp lý

Chương 11 Thông báo pháp lý

PHẦN 1 Thông báo về luật áp dụng

Luật chính áp dụng cho tài liệu *Chứng từ Bảo hiểm* này là Tiêu đề XVIII của Đạo luật An sinh Xã hội và các quy định do Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid, hay CMS, đưa ra theo Đạo luật An sinh Xã hội. Ngoài ra, các luật Liên bang khác có thể áp dụng, và, trong một số trường hợp nhất định, luật của tiểu bang nơi quý vị sinh sống. Điều này có thể ảnh hưởng đến quyền và trách nhiệm của quý vị, ngay cả khi các luật đó không được đưa vào hoặc giải thích trong tài liệu này.

PHẦN 2 Thông báo về việc không phân biệt đối xử

Chương trình của chúng tôi phải tuân theo luật bảo vệ quý vị khỏi sự phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công. **Chúng tôi không phân biệt đối xử** dựa trên chủng tộc, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, giới tính, tuổi tác, khuynh hướng tình dục, khuyết tật về tinh thần hoặc thể chất, tình trạng sức khỏe, kinh nghiệm yêu cầu bồi thường, lịch sử y tế, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ. Tất cả các tổ chức cung cấp các chương trình Medicare Advantage, như chương trình của chúng tôi, phải tuân theo luật Liên bang chống phân biệt đối xử, bao gồm Tiêu đề VI của Civil Rights Act (Đạo luật Dân quyền) năm 1964, Rehabilitation Act (Đạo luật Phục hồi chức năng) năm 1973, Age Discrimination Act (Đạo luật Phân biệt Tuổi tác) năm 1975, Americans with Disabilities Act (Đạo luật Người Mỹ Khuyết tật), Mục 1557 của Affordable Care Act (Đạo luật Chăm sóc Giá phải chăng), tất cả các luật khác áp dụng cho các tổ chức nhận tài trợ của Liên bang cũng như mọi luật và quy tắc khác áp dụng vì bất kỳ lý do nào khác.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc có quan ngại về sự phân biệt đối xử hoặc đối xử không công bằng, vui lòng gọi cho **Văn phòng Phụ trách về Dân quyền** của Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh theo số 800-368-1019 (TTY 800-537-7697) hoặc Văn phòng Phụ trách về Dân quyền ở địa phương của quý vị. Quý vị cũng có thể xem thông tin từ Văn phòng Phụ trách về Dân quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh tại hhs.gov/ocr/index.html.

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần hỗ trợ để tiếp cận dịch vụ chăm sóc, vui lòng gọi cho chúng tôi tại ban Dịch vụ Khách hàng. Nếu quý vị có khiếu nại, chẳng hạn như vấn đề về khả năng tiếp cận sử dụng xe lăn, ban Dịch vụ Khách hàng có thể hỗ trợ.

PHẦN 3 Thông báo về quyền đại diện của Bên thanh toán Thứ cấp Medicare

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu phí cho các dịch vụ Medicare được đài thọ mà Medicare không phải là bên thanh toán chính. Theo quy định của CMS tại 42 CFR mục 422.108 và 423.462, CareOregon Advantage Plus, với tư cách là Tổ chức Medicare Advantage, sẽ thực hiện các quyền thu hồi tương tự mà Bộ trưởng thực hiện theo quy định CMS trong tiểu phần B đến D của phần 411 của 42 CFR và các quy tắc được thiết lập trong phần này thay thế bất kỳ luật nào của Tiểu bang.

CHƯƠNG 12:

Định nghĩa các từ ngữ quan trọng

Chương 12 Định nghĩa các từ ngữ quan trọng

Số tiền Được Phép – Số tiền được phép là số tiền được Medicare thanh toán để áp dụng các khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm hoặc các giới hạn thanh toán khác. Đây là số tiền được thanh toán cho nhà cung cấp đã chấp nhận việc được phân công.

Trung tâm Phẫu thuật Cấp cứu – Trung tâm Phẫu thuật Cấp cứu là một cơ quan hoạt động độc quyền, với mục đích cung cấp các dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho những bệnh nhân không cần nhập viện và thời gian lưu trú dự kiến tại trung tâm không quá 24 giờ.

Kháng nghị – Kháng nghị là việc quý vị tiến hành nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc từ chối yêu cầu bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc theo toa, hoặc thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc mà quý vị đã nhận được. Quý vị cũng có thể kháng nghị nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc dừng các dịch vụ mà quý vị đang nhận.

Giai đoạn hưởng Quyền lợi – Cách mà cả chương trình của chúng tôi và Original Medicare đo lường việc sử dụng các dịch vụ của bệnh viện và cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) của quý vị. Giai đoạn hưởng quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị vào bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn hưởng quyền lợi kết thúc khi quý vị không nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc nội trú nào tại bệnh viện (hoặc chăm sóc chuyên môn tại SNF) trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị vào bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi một giai đoạn hưởng quyền lợi kết thúc, thì một giai đoạn hưởng quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Không có giới hạn về số giai đoạn hưởng quyền lợi.

Sản phẩm Sinh học – Một loại thuốc theo toa được làm từ các nguồn tự nhiên và sinh vật sống như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn hoặc nấm men. Các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc khác và không thể được sao chép chính xác, nên các dạng thay thế được gọi là thuốc sinh học tương tự. Các thuốc sinh học tương tự thường có tác dụng tốt và an toàn như các sản phẩm sinh học gốc.

Thuốc sinh học tương tự – Một loại thuốc theo toa được coi là rất giống, nhưng không đồng nhất với sản phẩm sinh học ban đầu. Thuốc sinh học tương tự thường hoạt động tốt và an toàn như sản phẩm sinh học ban đầu; tuy nhiên, các thuốc sinh học tương tự thường yêu cầu toa thuốc mới để thay thế cho sản phẩm sinh học ban đầu. Các thuốc sinh học tương tự có thể hoán đổi cho nhau đã đáp ứng các yêu cầu bổ sung, cho phép chúng được thay thế cho sản phẩm sinh học ban đầu tại hiệu thuốc mà không cần toa thuốc mới, tuân theo luật pháp tiểu bang.

Biệt Dược – Thuốc theo toa được sản xuất và bán bởi công ty dược phẩm đã nghiên cứu và phát triển loại thuốc đó. Biệt dược có cùng công thức thành phần hoạt chất như phiên bản thuốc gốc của nó. Tuy nhiên, thuốc gốc được sản xuất và bán bởi các nhà sản xuất thuốc khác và thường không có sẵn cho đến khi bằng sáng chế về biệt dược hết hạn.

Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương – Giai đoạn trong Quyền lợi Thuốc Phần D bắt đầu khi quý vị (hoặc các bên đủ điều kiện khác thay mặt quý vị) đã chi \$8,000 cho thuốc được đài thọ Phần D trong năm được đài thọ. Trong giai đoạn thanh toán này, chương trình sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cho các loại thuốc Phần D được đài thọ của quý vị. Quý vị không cần thanh toán.

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) – Cơ quan Liên bang quản lý Medicare.

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt về Chăm sóc Mạn tính - C-SNP là SNP hạn chế ghi danh đối với những cá nhân đủ điều kiện MA mắc một hoặc nhiều tình trạng nghiêm trọng hoặc gây tàn tật vĩnh viễn, như được định nghĩa trong 42 CFR 422.2, bao gồm cả việc hạn chế ghi danh dựa trên nhiều nhóm tình trạng bệnh đồng mắc thường gặp và liên quan đến lâm sàng được chỉ định trong 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Đồng bảo hiểm – Số tiền quý vị có thể phải thanh toán, được biểu thị bằng tỷ lệ phần trăm (ví dụ 20%) dưới dạng phần chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ hoặc thuốc theo toa.

Khiếu nại — Tên chính thức của việc khiếu nại là **nộp đơn than phiền**. Quy trình khiếu nại *chỉ* được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định. Trong đó bao gồm các vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ và dịch vụ khách hàng mà quý vị nhận được. Nó cũng bao gồm các khiếu nại nếu chương trình của quý vị không tuân theo các khoảng thời gian trong quy trình kháng nghị.

Cơ sở Phục hồi chức năng Ngoại trú Toàn diện (CORF) – Cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi bị bệnh hoặc chấn thương, bao gồm vật lý trị liệu, dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, trị liệu hô hấp, trị liệu bằng vật lý và dịch vụ bệnh lý âm ngữ-ngôn ngữ cũng như dịch vụ đánh giá môi trường gia đình.

Tổ chức Chăm sóc Phối hợp (CCO) – CCO là các công ty ký hợp đồng với tiểu bang Oregon để quản lý việc chăm sóc sức khỏe của quý vị. Các tổ chức này được thiết lập để tất cả các nhà cung cấp của quý vị - bác sĩ, y tá, tư vấn viên, nha sĩ - làm việc cùng nhau để ngăn ngừa bệnh tật và cải thiện sức khỏe của quý vị cũng như sức khỏe của những người tham gia OHP trong cộng đồng của quý vị. Thay vì chỉ điều trị cho quý vị khi quý vị bị bệnh, CCO làm việc với quý vị để giúp quý vị duy trì sức khỏe và kiểm soát tình trạng sức khỏe của mình.

Đồng thanh toán (hoặc đồng trả) – Số tiền quý vị có thể phải thanh toán dưới dạng chia sẻ chi phí cho dịch vụ hoặc vật tư y tế, chẳng hạn như đi khám bác sĩ, thăm khám ngoại trú tại bệnh viện hoặc thuốc theo toa. Khoản đồng thanh toán là số tiền được ấn định (ví dụ \$10), không phải là tỷ lệ phần trăm.

Chia sẻ Chi phí – Chia sẻ chi phí là số tiền mà hội viên phải thanh toán khi nhận dịch vụ hoặc thuốc. Chia sẻ chi phí bao gồm bất kỳ sự kết hợp nào của ba loại thanh toán sau: (1) bất kỳ số tiền khấu trừ nào mà chương trình có thể áp dụng trước khi các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ; (2) bất kỳ khoản đồng thanh toán cố định nào mà chương trình yêu cầu khi nhận một dịch

Chương 12 Định nghĩa các từ ngữ quan trọng

vụ hoặc thuốc cụ thể; hoặc (3) bất kỳ số tiền đồng bảo hiểm nào, phần trăm của tổng số tiền được thanh toán cho một dịch vụ hoặc thuốc mà chương trình yêu cầu khi nhận một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể.

Bậc Chia sẻ Chi phí – Mỗi loại thuốc nằm trong danh sách thuốc được đài thọ đều thuộc một trong năm bậc chia sẻ chi phí. Nhìn chung, bậc chia sẻ chi phí càng cao thì giá thuốc của quý vị càng cao.

Quyết định Bảo hiểm – Quyết định về việc loại thuốc được kê toa cho quý vị có được chương trình đài thọ hay không và số tiền, nếu có, quý vị phải thanh toán cho toa thuốc đó. Nói chung, nếu quý vị mang toa thuốc đến nhà thuốc, và nhà thuốc đó thông báo cho quý vị rằng toa thuốc đó không được chương trình của quý vị đài thọ, thì đó không phải là quyết định bảo hiểm. Quý vị cần gọi điện hoặc viết thư cho chương trình của mình để yêu cầu đưa ra quyết định chính thức về bảo hiểm. Quyết định bảo hiểm trong tài liệu này được gọi là quyết định bảo hiểm.

Thuốc được Đài thọ – Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các loại thuốc theo toa được chương trình của chúng tôi đài thọ.

Dịch vụ được Đài thọ – Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các dịch vụ và vật tư chăm sóc sức khỏe được chương trình của chúng tôi đài thọ.

Bảo hiểm Thuốc Theo toa Đáng tin cậy – Bảo hiểm thuốc theo toa (ví dụ, từ chủ lao động hoặc công đoàn) dự kiến sẽ thanh toán, trung bình ít nhất bằng mức bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare. Những người có loại bảo hiểm này khi họ đủ điều kiện nhận Medicare thường có thể duy trì bảo hiểm đó mà không phải trả tiền phạt, nếu sau này họ quyết định ghi danh tham gia bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare.

Chăm sóc Trông coi – Chăm sóc trông coi là dịch vụ chăm sóc cá nhân được cung cấp tại viện dưỡng lão, cơ sở chăm sóc cuối đời hoặc cơ sở khác khi quý vị không cần chăm sóc y tế chuyên môn hoặc chăm sóc điều dưỡng chuyên môn. Chăm sóc trông coi, được cung cấp bởi những người không có kỹ năng chuyên môn hoặc không được đào tạo, bao gồm trợ giúp trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày như tắm rửa, mặc quần áo, ăn uống, lên xuống giường hoặc ghế, di chuyển xung quanh và sử dụng phòng tắm. Trong đó cũng có thể bao gồm loại hình chăm sóc liên quan đến sức khỏe mà hầu hết mọi người đều tự thực hiện, chẳng hạn như sử dụng thuốc nhỏ mắt. Medicare không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc trông coi.

Dịch vụ Khách hàng – Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm trả lời các câu hỏi của quý vị về tư cách hội viên, quyền lợi, than phiền và khiếu nại của quý vị. Số điện thoại của ban Dịch vụ Khách hàng được in ở mặt sau của tập sách này.

Mức Chia sẻ Chi phí Hàng ngày – Mức chia sẻ chi phí hàng ngày có thể được áp dụng khi bác sĩ kê toa cho quý vị một số loại thuốc nhất định với số lượng ít hơn một tháng và quý vị phải trả khoản đồng thanh toán. Mức chia sẻ chi phí hàng ngày là khoản đồng thanh toán chia cho số ngày được

cấp thuốc trong một tháng. Dưới đây là một ví dụ: Nếu khoản đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc dùng trong một tháng là \$30, và lượng thuốc dùng cho một tháng trong chương trình của quý vị là 30 ngày thì “mức chia sẻ chi phí hàng ngày” của quý vị là \$1 mỗi ngày.

Khoản khấu trừ – Số tiền quý vị phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc theo toa trước khi chương trình của chúng tôi thanh toán.

Hủy ghi danh hoặc **Việc hủy ghi danh** – Quá trình chấm dứt tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

Phí Phân phối – Một khoản phí được tính mỗi lần phân phát thuốc được đài thọ để thanh toán chi phí mua thuốc theo toa, chẳng hạn như thời gian dược sĩ chuẩn bị và đóng gói đơn thuốc.

Cá nhân Đủ điều kiện Kép – Người đủ điều kiện nhận bảo hiểm Medicare và Medicaid.

Các Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Đủ điều kiện Kép (D-SNP) – D-SNP nhận những cá nhân được hưởng cả Medicare (tiêu đề XVIII của Đạo luật An sinh Xã hội) và hỗ trợ y tế từ chương trình tiểu bang theo Medicaid (tiêu đề XIX). Các tiểu bang đài thọ một số chi phí Medicare, tùy thuộc vào tiểu bang và khả năng hội đủ điều kiện của cá nhân.

Cá nhân Đủ điều kiện Kép – Người đủ điều kiện nhận bảo hiểm Medicare và Medicaid.

Thiết bị Y tế Lâu bền (DME) – Một số thiết bị y tế được bác sĩ của quý vị yêu cầu vì lý do về mặt y tế. Ví dụ bao gồm khung tập đi, xe lăn, nạng, hệ thống đệm điện, vật tư dành cho bệnh nhân tiểu đường, máy bơm truyền dịch IV, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị oxy, máy phun khí dung hoặc giường bệnh do nhà cung cấp yêu cầu để sử dụng tại nhà.

Khẩn cấp – Trường hợp cấp cứu y tế là khi quý vị hoặc bất kỳ người bình thường thận trọng nào có kiến thức trung bình về sức khỏe và y học cho rằng quý vị có các triệu chứng y tế cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để ngăn ngừa tử vong (và nếu quý vị là phụ nữ mang thai, mất thai nhi), mất một chi, hoặc mất chức năng của một chi, hoặc mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh, chấn thương, cơn đau dữ dội hoặc tình trạng bệnh lý đang nhanh chóng chuyển biến xấu.

Chăm sóc Khẩn cấp – Các dịch vụ được đài thọ mà: (1) được cung cấp bởi nhà cung cấp đủ điều kiện cung cấp dịch vụ khẩn cấp; và (2) cần thiết để điều trị, đánh giá hoặc ổn định tình trạng y tế cấp cứu.

Chứng từ Bảo hiểm (EOC) và việc Tiết lộ Thông tin – Tài liệu này, cùng với biểu mẫu ghi danh của quý vị và mọi tài liệu đính kèm, điều khoản riêng hoặc bảo hiểm tùy chọn khác được chọn, giải thích bảo hiểm của quý vị, những điều chúng tôi phải làm, quyền của quý vị và những điều quý vị phải làm với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi .

Ngoại lệ – Một loại quyết định bảo hiểm, nếu được chấp thuận, cho phép quý vị nhận một loại thuốc không có trong danh mục thuốc của chúng tôi (một ngoại lệ về danh mục thuốc), hoặc nhận

Chương 12 Định nghĩa các từ ngữ quan trọng

một loại thuốc không ưu tiên ở mức chia sẻ chi phí thấp hơn (ngoại lệ theo bậc chi phí). Quý vị cũng có thể yêu cầu một ngoại lệ nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu quý vị thử một loại thuốc khác trước khi nhận loại thuốc quý vị yêu cầu, hoặc nếu chương trình của chúng tôi giới hạn số lượng hoặc liều lượng của loại thuốc quý vị đang yêu cầu (một ngoại lệ về danh mục thuốc).

Hỗ trợ Bổ sung – Một chương trình của Medicare hoặc Tiểu bang nhằm giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán các chi phí của chương trình thuốc theo toa của Medicare, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và đồng bảo hiểm.

Thuốc Gốc – Một loại thuốc theo toa được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) phê duyệt là có cùng (các) hoạt chất với biệt dược. Nói chung, thuốc gốc có tác dụng giống như biệt dược và thường có giá thấp hơn.

Than phiền – Một loại khiếu nại mà quý vị đưa ra về chương trình, nhà cung cấp hoặc nhà thuốc của chúng tôi, bao gồm cả khiếu nại liên quan đến chất lượng dịch vụ chăm sóc của quý vị. Than phiền không liên quan đến tranh chấp về bảo hiểm hoặc thanh toán.

Trợ lý Sức khỏe Tại nhà – Người cung cấp các dịch vụ không cần kỹ năng của y tá hoặc nhà trị liệu được cấp phép, chẳng hạn như trợ giúp chăm sóc cá nhân (ví dụ, tắm, sử dụng nhà vệ sinh, mặc quần áo hoặc thực hiện các bài tập được chỉ định).

Chăm sóc cuối đời – Một quyền lợi cung cấp sự điều trị đặc biệt cho một hội viên đã được chứng nhận về mặt y tế là mắc bệnh nan y, nghĩa là có tuổi thọ dự kiến là 6 tháng hoặc ít hơn. Chúng tôi, chương trình của quý vị, phải cung cấp cho quý vị danh sách các cơ sở chăm sóc cuối đời trong khu vực địa lý của quý vị. Nếu quý vị chọn chăm sóc cuối đời và tiếp tục đóng phí bảo hiểm, thì quý vị vẫn là hội viên trong chương trình của chúng tôi. Quý vị vẫn có thể nhận được tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế cũng như các quyền lợi bổ sung mà chúng tôi cung cấp.

Nằm Viện Nội trú – Thời gian nằm viện khi quý vị đã chính thức được nhập viện để nhận các dịch vụ y tế chuyên môn. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú.

Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập (IRMAA) – Nếu tổng thu nhập điều chỉnh đã sửa đổi của quý vị, như được báo cáo trên tờ khai thuế IRS từ 2 năm trước, cao hơn một số tiền nhất định, quý vị sẽ phải trả số tiền bảo hiểm tiêu chuẩn và Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập, còn được gọi là IRMAA. IRMAA là một khoản phí bổ sung được thêm vào phí bảo hiểm của quý vị. Dưới 5% số người có Medicare bị ảnh hưởng, vì vậy hầu hết mọi người sẽ không phải trả phí bảo hiểm cao hơn.

Giới hạn Bảo hiểm Ban đầu – Giới hạn bảo hiểm tối đa trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu.

Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu – Đây là giai đoạn trước khi chi phí tự trả trong năm của quý vị lên tới \$8,000.

Chương 12 Định nghĩa các từ ngữ quan trọng

Giai đoạn Ghi danh Ban đầu – Khi quý vị đủ điều kiện nhận Medicare lần đầu tiên, khoảng thời gian quý vị có thể ghi danh Medicare Phần A và Phần B. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận Medicare khi quý vị bước sang tuổi 65, Giai đoạn Ghi danh Ban đầu của quý vị là khoảng thời gian 7 tháng, bắt đầu từ 3 tháng trước tháng quý vị bước sang tuổi 65, bao gồm tháng quý vị bước sang tuổi 65 và kết thúc 3 tháng sau tháng quý vị bước sang tuổi 65.

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Chăm sóc dài hạn (SNP) – Một chương trình nhận những cá nhân đủ điều kiện tiếp tục cư trú hoặc dự kiến sẽ cư trú liên tục trong 90 ngày hoặc lâu hơn tại cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC). Các cơ sở này có thể bao gồm cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF), cơ sở điều dưỡng (NF), (SNF/NF), Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities (ICF/IID, Cơ sở Chăm sóc Trung gian dành cho Người Khuyết tật Trí tuệ), cơ sở tâm thần nội trú và/hoặc các cơ sở được phê duyệt bởi CMS cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn tương tự được đài thọ theo Medicare Phần A, Medicare Phần B hoặc Medicaid; và cư dân của họ có nhu cầu và tình trạng chăm sóc sức khỏe tương tự như các loại cơ sở được nêu tên khác. Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Chăm sóc dài hạn phải có thỏa thuận hợp đồng với (hoặc sở hữu và vận hành) (các) cơ sở LTC cụ thể.

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Tương đương Chăm sóc dài hạn (SNP) – Một chương trình nhận các cá nhân đủ điều kiện sống trong cộng đồng nhưng yêu cầu mức độ chăm sóc lâu dài dựa trên đánh giá của Tiểu bang. Việc đánh giá phải được thực hiện bằng cách sử dụng cùng một công cụ đánh giá mức độ chăm sóc tương ứng của Tiểu bang và được quản lý bởi một tổ chức không phải là tổ chức cung cấp chương trình. Loại Chương trình Nhu cầu Đặc biệt này có thể hạn chế việc ghi danh đối với những cá nhân cư trú tại cơ sở trợ giúp sinh hoạt có hợp đồng (ALF) nếu cần thiết để đảm bảo cung cấp dịch vụ chăm sóc chuyên biệt thống nhất.

Danh sách Thuốc Được Đài thọ (Danh mục Thuốc hoặc “Danh sách Thuốc”) – Danh sách thuốc theo toa được chương trình đài thọ.

Trợ cấp Thu nhập Thấp (LIS) – Xem “Hỗ trợ Bổ sung.”

Phí Tối đa – Trong Original Medicare, số tiền cao nhất quý vị có thể bị nhà cung cấp không tham gia tính cho một dịch vụ được đài thọ. Số tiền này cao hơn 15% so với số tiền được Medicare chấp thuận. Tuy nhiên, mức phí tối đa chỉ áp dụng cho một số dịch vụ nhất định và có thể không áp dụng cho thiết bị, vật tư y tế.

Số tiền Tự Chi trả Tối đa – Số tiền tối đa mà quý vị phải tự chi trả trong năm theo lịch cho các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ. Số tiền quý vị trả cho phí bảo hiểm chương trình, phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B và thuốc theo toa không được tính vào số tiền tự chi trả tối đa. (**Lưu ý:** Vì các hội viên của chúng tôi cũng nhận được hỗ trợ từ Medicaid, nên rất ít hội viên đạt đến mức chi trả tối đa này.)

Medicaid (hoặc Hỗ trợ Y tế) – Một chương trình chung của Liên bang và tiểu bang nhằm hỗ trợ chi phí y tế cho một số người có thu nhập thấp và nguồn lực hạn chế. Các chương trình Medicaid của tiểu bang khác nhau, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được đài thọ nếu quý vị đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid.

Chỉ định được Chấp nhận về mặt Y tế – Việc sử dụng một loại thuốc được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm phê duyệt hoặc được chứng minh bởi một số sách tham khảo nhất định.

Cần thiết về mặt Y tế – Các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng y tế của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn hành nghề y tế được chấp nhận.

Medicare – Chương trình bảo hiểm y tế Liên bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị một số khuyết tật nhất định và những người mắc Bệnh Thận Giai đoạn Cuối (thường là những người bị suy thận vĩnh viễn cần lọc máu hoặc ghép thận).

Giai đoạn Ghi danh Mở Medicare Advantage – Khoảng thời gian từ ngày 1 Tháng Một đến ngày 31 Tháng Ba, khi các hội viên trong chương trình Medicare Advantage có thể hủy ghi danh chương trình của họ và chuyển sang chương trình Medicare Advantage khác hoặc nhận bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn chuyển sang Original Medicare trong thời gian này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng vào thời điểm đó. Giai đoạn Ghi danh Mở Medicare Advantage cũng có sẵn trong thời gian 3 tháng sau khi một cá nhân lần đầu đủ điều kiện nhận Medicare.

Chương trình Medicare Advantage (MA) – Đôi khi được gọi là Medicare Phần C. Một chương trình được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare để cung cấp cho quý vị tất cả các quyền lợi Medicare Phần A và Phần B của quý vị. Chương trình Medicare Advantage có thể là i) HMO, ii) PPO, iii) chương trình Phí Dịch vụ Tư nhân (PFFS) hoặc iv) chương trình Medical Savings Account (MSA, Tài khoản Tiết kiệm Y tế) Medicare. Ngoài việc lựa chọn các loại chương trình này, chương trình Medicare Advantage HMO hoặc PPO cũng có thể là Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP). Trong hầu hết các trường hợp, các Chương trình Medicare Advantage cũng cung cấp Medicare Phần D (bảo hiểm thuốc theo toa). Những chương trình này được gọi là **Chương trình Medicare Advantage có Bảo hiểm Thuốc theo toa**.

Medicare Cost Plan – Medicare Cost Plan (Chương trình Chi phí Medicare) là chương trình do Health Maintenance Organization (HMO, Tổ chức Duy trì Sức khỏe) hoặc Competitive Medical Plan (CMP, Chương trình Y tế Cạnh tranh) điều hành theo hợp đồng hoàn trả chi phí theo mục 1876(h) của Đạo luật.

Chương trình Giảm giá Khoảng trống Bảo hiểm Medicare – Một chương trình cung cấp khoản giảm giá đối với hầu hết các loại biệt dược Phần D được đài thọ cho các hội viên Phần D đã đạt đến Giai đoạn Khoảng trống Bảo hiểm và những người chưa nhận được “Hỗ trợ Bổ sung.” Việc giảm giá dựa trên thỏa thuận giữa chính phủ Liên bang và một số nhà sản xuất thuốc.

Chương 12 Định nghĩa các từ ngữ quan trọng

Dịch vụ được Medicare Đãi thọ – Các dịch vụ được Medicare Phần A và Phần B đãi thọ. Tất cả các chương trình chăm sóc sức khỏe của Medicare phải đãi thọ tất cả các dịch vụ được Medicare Phần A và B đãi thọ. Thuật ngữ Các Dịch vụ được Medicare Đãi thọ không bao gồm các quyền lợi bổ sung, chẳng hạn như nhãn khoa, nha khoa hoặc thính giác mà chương trình Medicare Advantage có thể cung cấp.

Chương trình Y tế Medicare – Chương trình y tế Medicare được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare để cung cấp quyền lợi Phần A và Phần B cho những người có Medicare ghi danh tham gia chương trình. Thuật ngữ này bao gồm tất cả các Chương trình Medicare Advantage, Chương trình Chi phí Medicare, Chương trình Nhu cầu Đặc biệt, Demonstration/Pilot Programs (Chương trình Minh họa/Thí điểm) và Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao niên (PACE).

Bảo hiểm Thuốc theo toa của Medicare (Medicare Phần D) – Bảo hiểm giúp thanh toán cho thuốc theo toa, vắc xin, sản phẩm sinh học và một số vật tư không được Medicare Phần A hoặc Phần B đãi thọ.

Chính sách Medigap (Bảo hiểm Bổ sung Medicare) – Bảo hiểm bổ sung Medicare được bán bởi các công ty bảo hiểm tư nhân để lấp đầy “khoảng trống” trong Original Medicare. Chính sách Medigap chỉ áp dụng với Original Medicare. (Chương trình Medicare Advantage không phải là chính sách Medigap.)

Hội viên (Hội viên Chương trình của chúng tôi hoặc Hội viên Chương trình) – Người có Medicare đủ điều kiện nhận các dịch vụ được đãi thọ, đã ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi và việc ghi danh của họ đã được Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) xác nhận.

Nhà thuốc Trong mạng lưới – Nhà thuốc ký hợp đồng với chương trình của chúng tôi, nơi các hội viên trong chương trình của chúng tôi có thể nhận quyền lợi thuốc theo toa của họ. Trong hầu hết các trường hợp, đơn thuốc của quý vị chỉ được đãi thọ 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 để chỉ các bác sĩ, chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác được Medicare và Tiểu bang cấp phép hoặc chứng nhận để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. **Nhà cung cấp trong mạng lưới** có thỏa thuận với chương trình của chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi dưới dạng thanh toán đầy đủ, và trong một số trường hợp, để điều phối cũng như cung cấp các dịch vụ được đãi thọ cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là “nhà cung cấp chương trình.”

Quyết định Tổ chức – Quyết định mà chương trình của chúng tôi đưa ra về việc liệu các vật phẩm hoặc dịch vụ có được đãi thọ hay không hoặc quý vị phải thanh toán bao nhiêu cho các

vật phẩm hoặc dịch vụ được đòi hỏi. Các quyết định tổ chức được gọi là quyết định bảo hiểm trong tài liệu này.

Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare Phí Dịch vụ) – Original Medicare được chính phủ cung cấp, không phải chương trình bảo hiểm y tế tư nhân như các Chương trình Medicare Advantage và các chương trình thuốc theo toa. Theo Original Medicare, các dịch vụ Medicare được đòi hỏi bằng cách thanh toán cho bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác do Quốc hội quy định. Quý vị có thể thăm khám với bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác chấp nhận Medicare. Quý vị phải trả khoản khấu trừ. Medicare thanh toán phần của mình trong số tiền được Medicare chấp thuận và quý vị thanh toán phần của quý vị. Original Medicare có hai phần: Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện) và Phần B (Bảo hiểm Y tế) và có sẵn ở mọi nơi tại Hoa Kỳ.

Nhà thuốc Ngoài mạng lưới – Nhà thuốc không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp thuốc được đòi hỏi cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Hầu hết các loại thuốc quý vị nhận từ các nhà thuốc ngoài mạng lưới đều không được chương trình của chúng tôi đòi hỏi, 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 có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp các dịch vụ được đòi hỏi cho các hội viên trong chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới là các nhà cung cấp không được chương trình của chúng tôi thuê, sở hữu hoặc vận hành.

Chi phí Tự Chi trả – Xem định nghĩa về chia sẻ chi phí ở trên. Yêu cầu chia sẻ chi phí của hội viên để thanh toán cho một phần dịch vụ hoặc thuốc đã nhận cũng được gọi là yêu cầu chi phí tự trả của hội viên.

Chương trình **PACE** - Chương trình PACE (Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao niên) kết hợp các dịch vụ và hỗ trợ y tế, xã hội và dài hạn (LTSS) dành cho những người dễ bị tổn thương, để giúp mọi người độc lập và sống trong cộng đồng của họ (thay vì chuyển đến viện dưỡng lão) càng sớm càng tốt. Những người ghi danh tham gia chương trình PACE sẽ nhận được cả quyền lợi Medicare và Medicaid thông qua chương trình.

Phần C – Xem Chương trình Medicare Advantage (MA).

Phần D – Chương trình Quyền lợi Thuốc Theo toa Medicare tự nguyện.

Thuốc Phần D – Các loại thuốc được đòi hỏi theo Phần D. Chúng tôi có thể cung cấp hoặc không cung cấp tất cả các loại thuốc Phần D. Một số loại thuốc đã bị Quốc hội loại khỏi bảo hiểm Phần D. Một số loại thuốc Phần D nhất định phải được mọi chương trình đòi hỏi.

Tiền phạt Ghi danh Muộn Phần D – Một số tiền được thêm vào phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị cho bảo hiểm thuốc Medicare, nếu quý vị không có bảo hiểm đáng tin cậy (trung bình,

Chương 12 Định nghĩa các từ ngữ quan trọng

bảo hiểm dự kiến sẽ trả ít nhất bằng mức bảo hiểm thuốc theo toa tiêu chuẩn của Medicare) trong một khoảng thời gian liên tục 63 ngày trở lên sau khi quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình Phần D lần đầu tiên. Nếu quý vị mất Hỗ trợ Bổ sung, quý vị có thể phải chịu tiền phạt ghi danh muộn nếu quý vị trải qua 63 ngày liên tục trở lên mà không có Phần D hoặc bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy khác.

Điểm Dịch vụ – CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP) có lựa chọn Điểm Dịch vụ (POS), cho phép quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ các PCP và bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới trong một số điều kiện nhất định. Để biết thêm thông tin, xem “Quyền lợi Điểm Dịch vụ”, Chương 4, Phần 2.1.

Chương trình Preferred Provider Organization (PPO) – Chương trình Preferred Provider Organization (Tổ chức Nhà cung cấp Ưu tiên) là Chương trình Medicare Advantage có mạng lưới các nhà cung cấp có hợp đồng đã đồng ý điều trị cho các hội viên của chương trình với một số tiền thanh toán cụ thể. Chương trình PPO phải đòi hỏi tất cả các quyền lợi của chương trình, cho dù quyền lợi được nhận từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hay ngoài mạng lưới. Chia sẻ chi phí của hội viên nói chung sẽ cao hơn khi nhận quyền lợi của chương trình từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Các chương trình PPO có giới hạn hàng năm đối với chi phí tự trả của quý vị dành cho các dịch vụ nhận từ các nhà cung cấp trong mạng lưới (ưu tiên), và giới hạn cao hơn đối với tổng chi phí tự trả kết hợp của quý vị dành cho các dịch vụ từ cả nhà cung cấp trong mạng lưới (ưu tiên) và ngoài mạng lưới (không ưu tiên).

Phí Bảo hiểm – Khoản thanh toán định kỳ cho Medicare, công ty bảo hiểm hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe để nhận bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc theo toa.

Người Quản lý Quyền lợi Thuốc theo Toa – Thường được gọi là Người quản lý Quyền lợi Nhà thuốc (PBM), là người quản lý bên thứ ba của chương trình thuốc theo toa. PBM chịu trách nhiệm chính trong việc xử lý và thanh toán các yêu cầu bồi thường về thuốc theo toa, nhưng họ cũng có thể chịu trách nhiệm ký hợp đồng với các nhà thuốc và đàm phán khoản giảm giá và hạ giá với các nhà sản xuất thuốc.

Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Chính (PCP) – Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị đến thăm khám đầu tiên khi gặp hầu hết các vấn đề sức khỏe. Trong nhiều chương trình sức khỏe Medicare, quý vị phải thăm khám với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình trước khi gặp bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.

Sự Cho phép Trước – Sự chấp thuận trước để nhận các dịch vụ hoặc một số loại thuốc nhất định. Các dịch vụ được đòi hỏi cần có sự cho phép trước được đánh dấu trong Bảng Quyền lợi Y tế ở Chương 4. Các loại thuốc được đòi hỏi cần có sự cho phép trước sẽ được đánh dấu trong danh mục thuốc.

Chương 12 Định nghĩa các từ ngữ quan trọng

Chân tay giả và Dụng cụ chỉnh hình – Các thiết bị y tế bao gồm, nhưng không chỉ gồm, nẹp cánh tay, lưng và cổ; chân tay nhân tạo; mắt nhân tạo; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận hoặc chức năng bên trong cơ thể, bao gồm nguồn túi đựng chất thải và liệu pháp dinh dưỡng qua đường ruột và đường tiêm.

Tổ chức Cải thiện Chất lượng (QIO) – Một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ Liên bang trả tiền để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân Medicare.

Giới hạn Số lượng – Một công cụ quản lý được thiết kế để hạn chế việc sử dụng các loại thuốc được chọn vì lý do chất lượng, an toàn hoặc vận dụng. Các giới hạn có thể là về số lượng thuốc chúng tôi đòi hỏi cho mỗi đơn thuốc hoặc trong một khoảng thời gian xác định.

Công cụ Quyền lợi theo Thời gian Thực – Một cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính, trong đó người ghi danh có thể tra cứu thông tin về quyền lợi và danh mục thuốc đầy đủ, chính xác, kịp thời, phù hợp về mặt lâm sàng, dành riêng cho người ghi danh. Trong đó bao gồm số tiền chia sẻ chi phí, các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc có thể được sử dụng cho tình trạng sức khỏe tương tự với vai trò là thuốc được kê, và các hạn chế về bảo hiểm (Cho phép Trước, Trị liệu Từng bước, Giới hạn Số lượng) áp dụng cho các loại thuốc thay thế.

Dịch vụ Phục hồi chức năng – Những dịch vụ này bao gồm vật lý trị liệu, trị liệu ngôn ngữ và âm ngữ và trị liệu bằng vật lý.

Khu vực Dịch vụ – Một khu vực địa lý nơi quý vị phải sinh sống để tham gia một chương trình sức khỏe cụ thể. Đối với các chương trình giới hạn số bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, nhìn chung đây cũng là khu vực mà quý vị có thể nhận các dịch vụ thông thường (không khẩn cấp). Chương trình phải hủy ghi danh cho quý vị nếu quý vị vĩnh viễn rời khỏi khu vực dịch vụ của chương trình.

Chăm sóc tại Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn (SNF) – Các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và phục hồi chức năng được cung cấp liên tục, hàng ngày tại cơ sở điều dưỡng có chuyên môn. Ví dụ về việc chăm sóc bao gồm vật lý trị liệu hoặc tiêm tĩnh mạch mà chỉ y tá hoặc bác sĩ đã đăng ký mới có thể thực hiện.

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt – Một loại Chương trình Medicare Advantage đặc biệt cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tập trung hơn cho các nhóm người cụ thể, chẳng hạn như những người có cả Medicare và Medicaid, những người sống trong viện dưỡng lão hoặc những người mắc một số bệnh mạn tính.

Trị liệu Từng bước – Một công cụ vận dụng, yêu cầu quý vị trước tiên phải thử một loại thuốc khác để điều trị tình trạng bệnh lý của mình trước khi chúng tôi đòi hỏi cho loại thuốc mà bác sĩ của quý vị dự tính kê đơn ban đầu.

Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI) – Một khoản trợ cấp hàng tháng do Sở An sinh Xã hội chi trả cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế, bị khuyết tật, mù lòa hoặc từ 65 tuổi trở lên. Phúc lợi SSI không giống như phúc lợi An Sinh Xã Hội.

Dịch vụ Cần thiết Khẩn cấp – Các dịch vụ được đòi hỏi không phải là dịch vụ khẩn cấp, được cung cấp khi các nhà cung cấp trong mạng lưới tạm thời không có sẵn hoặc không thể tiếp cận được hoặc khi người ghi danh ở ngoài khu vực dịch vụ. Ví dụ, quý vị cần được chăm sóc ngay lập tức vào ngày cuối tuần. Các dịch vụ phải cần ngay lập tức và là cần thiết về mặt y tế.

Ban Dịch vụ Khách hàng CareOregon Advantage Plus

Cách thức	Ban Dịch vụ Khách hàng - Thông tin Liên hệ
GỌI	<p>503-416-4279, hoặc số miễn phí, 888-712-3258</p> <p>Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí. Từ ngày 1 Tháng Mười đến ngày 31 Tháng Ba, bảy ngày một tuần từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, và từ ngày 1 Tháng Tư đến ngày 30 Tháng Chín, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.</p> <p>Ban Dịch vụ Khách hàng cũng có dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Số máy này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói.</p> <p>Các cuộc gọi đến số máy này đều miễn phí. Từ ngày 1 Tháng Mười đến ngày 31 Tháng Ba, bảy ngày một tuần từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, và từ ngày 1 Tháng Tư đến ngày 30 Tháng Chín, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.</p>
FAX	711
GỬI THƯ	<p>315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204</p> <p><i>customerservice@careoregon.org</i></p>
TRANG MẠNG	<i>careoregonadvantage.org</i>

Hỗ trợ Quyền lợi Bảo hiểm Y tế Người cao niên (SHIBA) (SHIP của Oregon)

SHIBA là một chương trình của tiểu bang nhận tiền từ chính phủ Liên bang để tư vấn miễn phí về bảo hiểm y tế tại địa phương cho những người có Medicare.

Cách thức	Thông tin Liên hệ
GỌI	800-722-4134 Miễn phí
TTY	711 Số máy này yêu cầu thiết bị điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho những người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói.
GỬI THƯ	P.O. Box 14480 Salem, OR 97309-0405 Hoặc liên hệ bằng cách sử dụng biểu mẫu trực tuyến được bảo mật của chương trình shiba.oregon.gov/get-help/Pages/connect-with-us.aspx
TRANG MẠNG	shiba.oregon.gov

CareOregon Advantage Plus là một HMO-POS D-SNP có hợp đồng với Medicare/Medicaid. Khả năng tham gia chương trình CareOregon Advantage Plus phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. “Nhiều lựa chọn hơn, chăm sóc tốt hơn” là đề cập đến mạng lưới nhà cung cấp và nhà thuốc lớn hơn của chúng tôi vào năm 2024 so với năm chương trình 2023.

COA-23592652-0929-VI

Hỗ trợ Quyền lợi Bảo hiểm Y tế Người cao tuổi

(Senior Health Insurance Benefits Assistance, hoặc SHIBA)
(Chương trình Cải thiện Sức khỏe Tiểu bang Oregon (Oregon State Health Improvement Plan, hoặc SHIP)

SHIBA là một chương trình của tiểu bang với ngân quỹ từ chính phủ Liên bang để tư vấn miễn phí về bảo hiểm y tế tại địa phương cho những người có Medicare.

Gọi điện thoại: 503-378-2014 hoặc 800-722-4134

TTY/TDD: 711

Viết thư: P.O. Box 14480
Salem, OR 97309-0405

Hoặc liên hệ bằng biểu mẫu trực tuyến bảo mật của chương trình tại trang mạng
healthcare.oregon.gov/shiba/get-help/Pages/shiba-contact-form.aspx

TRANG MẠNG: shiba.oregon.gov/get-help/

Bộ phận Dịch vụ Khách hàng CareOregon Advantage

Gọi điện thoại: 503-416-4279 hoặc số miễn phí 888-712-3258, TTY 711

Giờ làm việc:

8:00 sáng - 8:00 tối, bảy ngày một tuần, ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3

8:00 sáng - 8:00 tối Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9



facebook.com/careoregon
twitter.com/careoregon

careoregonadvantage.org

COA-23583726-VI-0913

