**Ngày 1 tháng 1 năm 2027 – ngày 31 tháng 12 năm 2027**

# Bảo Hiểm Sức Khỏe và Thuốc của quý vị theo NaviCare® HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP, một chương trình bảo hiểm sức khỏe bao gồm tất cả các dịch vụ Medicare và MassHealth (Medicaid) của quý vị

## Giới Thiệu *Sổ Tay Hội Viên*

*Sổ Tay Hội Viên* này*, còn được gọi là Chứng Thực Bảo Hiểm,* cung cấp cho quý vị thông tin về bảo hiểm của quý vị theo chương trình của chúng tôi đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2027*.* Tài liệu này giải thích các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và điều trị rối loạn do sử dụng chất kích thích), bảo hiểm thuốc, cùng với các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được cung cấp theo thứ tự bảng chữ cái trong **Chương 12** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

**Đây là tài liệu pháp lý quan trọng. Hãy cất giữ tài liệu ở nơi an toàn.**

Trong *Sổ Tay Hội Viên* này, "chúng tôi", "của chúng tôi" hoặc "chương trình của chúng tôi" có nghĩa là Fallon Health NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP.

Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Khmer, tiếng Tây Ban Nha và tiếng Việt. Phiên bản bằng các ngôn ngữ khác sẽ được cung cấp miễn phí theo yêu cầu.

Quý vị có thể nhận miễn phí tài liệu này ở các định dạng khác, ví dụ: bản in khổ lớn, chữ nổi và/hoặc bản thu âm, bằng cách gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số điện thoại ở cuối trang này. Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí. Chúng tôi có trách nhiệm cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình bằng định dạng dễ tiếp cận và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.

Ngôn ngữ ưu tiên, yêu cầu nhận tài liệu bằng định dạng thay thế (cả bằng văn bản và lời nói) hoặc yêu cầu nhận thông tin ở định dạng thay thế là dữ liệu được chúng tôi yêu cầu trên mẫu ghi danh của mỗi hội viên. Lựa chọn ngôn ngữ của quý vị sẽ được ghi lại và lưu trữ trong hệ điều hành trung tâm của chúng tôi để phục vụ tất cả hoạt động liên lạc trong tương lai, vì vậy, quý vị không cần phải đưa ra yêu cầu riêng biệt cho mỗi lần.

Quý vị có thể thay đổi ngôn ngữ hoặc định dạng liên lạc ưu tiên của mình bằng cách thông báo cho một thành viên của Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành (ICT) hoặc gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.

H8928_270036VT_C
26-676-029VT Rev. 00 08/26

OMB Approval 0938-1444 (Hết hạn: 5/31/2029)

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi cho NaviCare theo số 1-877-700-6996 (TTY 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu (7 ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3). Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy fallonhealth.org/navicare.

# Mục lục

**Thông báo về việc cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và các thiết bị, dịch vụ hỗ trợ khác** ..... 4

Chương 1: Bắt đầu với tư cách hội viên ..... 8

Chương 2: Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng ..... 21

Chương 3: Sử dụng bảo hiểm của chương trình của chúng tôi cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị và các dịch vụ khác được đài thọ ..... 40

Chương 4: Bảng liệt kê quyền lợi ..... 66

Chương 5: Nhận thuốc điều trị ngoại trú ..... 147

Chương 6: Chi phí quý vị chi trả cho thuốc Medicare và MassHealth (Medicaid) ..... 171

Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ. Xin lưu ý, hội viên đủ điều kiện không phải trả chi phí cho các dịch vụ được đài thọ ..... 177

Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị ..... 186

Chương 9: Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn than phiền (quyết định đài thọ, khiếu nại, than phiền) ..... 208

Chương 10: Kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi ..... 255

Chương 11: Thông báo pháp lý ..... 266

Chương 12: Định nghĩa của các từ quan trọng ..... 268

## Tuyên Bố Khước Từ Trách Nhiệm

- Quyền lợi có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2028.
- NaviCare HMO SNP/NaviCare NHC HMO SNP là một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Kép (D-SNP) có hợp đồng với Medicare và hợp đồng với chương trình Commonwealth of Massachusetts MassHealth (Medicaid). Việc ghi danh tham gia chương trình chỉ khả thi nếu chương trình được gia hạn hợp đồng với Medicare.
- Các loại thuốc, mạng lưới nhà thuốc và/hoặc mạng lưới nhà cung cấp được đài thọ của chúng tôi có thể thay đổi bất cứ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo trước ít nhất là 30 ngày về mọi sự thay đổi có thể ảnh hưởng đến quý vị.
- Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Khmer, tiếng Tây Ban Nha và tiếng Việt. Phiên bản bằng các ngôn ngữ khác cũng được cung cấp miễn phí theo yêu cầu.
- Quý vị có thể nhận được tài liệu này miễn phí theo các định dạng khác, ví dụ như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi braille hoặc băng thu âm. Gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số 1-877-700-6996 (TTY 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu (7 ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3). Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí.
- Chúng tôi hỏi về các nhu cầu ngôn ngữ ưu tiên và định dạng thay thế của mỗi hội viên, bao gồm cả giao tiếp bằng văn bản và bằng lời nói, trong mẫu ghi danh. Chúng tôi lưu trữ tùy chọn của quý vị trong hệ thống trung tâm của chúng tôi để áp dụng cho các liên lạc trong tương lai và quý vị không cần phải yêu cầu mỗi lần liên lạc.

  Các thành viên đã ghi danh có thể thay đổi ngôn ngữ hoặc định dạng giao tiếp ưa thích của họ bằng cách thông báo cho một thành viên của Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành (ICT) của họ hoặc bằng cách gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số 1-877-700-6996 (TTY 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu (7 ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3).
- Lưu Ý Về Biện Pháp Thu Hồi Nợ từ Tài Sản: Luật pháp liên bang yêu cầu MassHealth (Medicaid) phải thu hồi nợ từ tài sản của một số hội viên MassHealth từ 55 tuổi trở lên, cũng như của những hội viên ở bất kỳ độ tuổi nào và đang nhận dịch vụ chăm sóc lâu dài tại nhà điều dưỡng hay cơ sở y tế khác. Để biết thêm thông tin về biện pháp thu hồi nợ từ tài sản của MassHealth, vui lòng truy cập www.mass.gov/estaterecovery.

## Thông báo về việc cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và các thiết bị, dịch vụ hỗ trợ khác

Quý vị có thể nhận được tài liệu này miễn phí theo các định dạng khác, ví dụ như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi braille hoặc băng thu âm. Gọi số 1-877-700-6996 (TTY 711) 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu (7 ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3). Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí.

**Tiếng Anh:** Chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp mọi thắc mắc liên quan đến chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. To get an interpreter, just call us at 1-877-700-6996. Someone who speaks English can help you. Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí. Chúng tôi cũng cung cấp các công cụ và dịch vụ hỗ trợ miễn phí, chẳng hạn như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi Braille hoặc băng thu âm. Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số điện thoại bên trên để yêu cầu các dịch vụ này.

**Tiếng Tây Ban Nha:** Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder cualquier pregunta que tenga sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, solo llámenos al 1-877-700-6996 Alguien que habla español podrá ayudarle. La llamada es gratuita. También ofrecemos ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como impresión en letra grande, braille o audio. Solo llámenos al número mencionado arriba para hacer esta solicitud.

**Tiếng Trung:** 我們提供免費口譯服務，以解答您有關我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯服務，請撥打 1-877-700-6996。會有說中文的人為您提供幫助。此為免付費電話。我們也提供免費的輔助工具和服務，例如大號字體印刷版、盲文或音訊。請撥打上述電話向我們提出請求。

**Tiếng Pháp:** Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez avoir sur notre régime de santé ou d'assurance médicaments. Pour obtenir un interprète, il vous suffit de nous appeler au 1-877-700-6996. Une personne parlant français pourra vous aider. L'appel est gratuit. Nous fournissons également gratuitement des aides et des services auxiliaires, tels que des documents en gros caractères, en braille ou audio. Il vous suffit de nous appeler au numéro ci-dessus pour en faire la demande.

**Tiếng Việt:** Chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp mọi thắc mắc liên quan đến chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để yêu cầu chúng tôi bố trí thông dịch viên, vui lòng gọi điện đến số 1-877-700-6996. Một nhân viên nói tiếng Việt sẽ hỗ trợ quý vị. Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí. Chúng

tôi cũng cung cấp các công cụ và dịch vụ hỗ trợ miễn phí, chẳng hạn như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi Braille hoặc băng thu âm. Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số điện thoại bên trên để yêu cầu các dịch vụ này.

**Tiếng Hàn:** 저희는 건강 플랜 또는 의약품 플랜에 관한 질문에 답변해 드릴 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 이용하시려면 1-877-700-6996로 전화해 주십시오. 한국어를 구사하는 직원이 도와드릴 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 또한 큰 활자, 점자 또는 오디오와 같은 무료 보조 지원과 서비스도 제공합니다. 이러한 요청을 하시려면 위의 번호로 전화해 주십시오.

**Tiếng Nga:** Мы можем предоставить вам бесплатные услуги переводчика, чтобы вы могли получить ответы на все ваши вопросы о нашем плане медицинского обслуживания и обеспечения лекарственными препаратами. Чтобы запросить услуги переводчика, просто позвоните по номеру 1-877-700-6996. Сотрудник, владеющий русским языком, сможет вам помочь. Звонок бесплатный. Мы также предлагаем бесплатные вспомогательные средства и услуги, например материалы, напечатанные крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи. Просто позвоните нам по вышеуказанному номеру, чтобы сделать соответствующий запрос.

**Tiếng Ả-rập:**

لدينا خدمات مترجم فوري مجانية للإجابة على أي أسئلة التي قد تكون لديك حول خطتنا للرعاية الصحية أو خطة الأدوية الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، فقط اتصل بنا على الرقم 1-877-700-6996 . يمكن لشخص يتكلم اللغة الإنجليزية أن يساعدك. إن المكالمة مجانية. نحن نقدم أيضًا مساعدات وخدمات مساعدة مجانية، مثل طباعة بأحرف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو ملفات صوتية. فقط اتصل بنا على الرقم المذكور أعلاه لتقديم هذا الطلب.

**Tiếng Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ हैं। दुभाषिया पाने के लिए बस हमें 8-177-706-0996 पर कॉल करें। कोई हिन्दी बोलने वाला व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। कॉल निःशुल्क है। हम बड़े प्रिंट, ब्रेल या ऑडियो जैसी निःशुल्क सहायक सामग्री और सेवाएं भी प्रदान करते हैं। इस अनुरोध के लिए बस हमें ऊपर दिए गए नंबर पर कॉल करें।

**Tiếng Ý:** Disponiamo di servizi gratuiti di interpretariato per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per chiedere un interprete basta chiamarci al numero 1-877-700-6996. La assisterà un operatore che parla italiano. La chiamata è gratuita. Forniamo inoltre servizi e supporti ausiliari gratuiti, come ad esempio stampa in caratteri grandi, braille o audio. Per questa richiesta basta chiamarci al numero sopra indicato.

**Tiếng Bồ Đào Nha:** Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer perguntas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicamentos. Para obter um intérprete, ligue para 1-877-700-6996. Alguém que fala português poderá prestar assistência. A chamada é gratuita. Também fornecemos recursos e serviços auxiliares

gratuitos, como impressão em letras grandes, braile ou áudio. Basta ligar para o número acima e fazer tal solicitação.

**Tiếng Creole Haiti:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-700-6996. Yon moun ki pale kreyòl ka ede w. Apèl la gratis. Nou bay èd ak sèvis oksilyè gratis tou, tankou gwo lèt, bray oswa odyo. Jis rele nou nan nimewo ki anwo a pou fè demann sa a.

**Tiếng Ba Lan:** Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe, aby odpowiedzieć na wszystkie Państwa pytania dotyczące planu ubezpieczenia zdrowotnego lub refundacji leków. Aby skorzystać z usług tłumacza, należy zadzwonić pod numer 1-877-700-6996. Osoba mówiąca po polsku udzieli Państwu pomocy. Połączenie jest bezpłatne. Zapewniamy również wsparcie i usługi pomocnicze, takie jak materiały pisane dużym drukiem, alfabetem Braille'a lub nagrania głosowe. Aby o nie poprosić, wystarczy zadzwonić pod podany powyżej numer telefonu.

**Tiếng Khmer:** យើងមានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយ ដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានអ្នក បកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមលេខ 8-177-706-0996។
នរណាម្នាក់ដែលនិយាយ ភាសាអង់គ្លេស អាចជួយអ្នកបាន។
ការទាក់ទងតាមទូរស័ព្ទនេះគឺពុំគិតថ្លៃឡើយ។ យើងក៏ផ្តល់ជំនួយបន្ថែម និងសេវាកម្មជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្មាប ឬសំឡេង។
គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខខាងលើដើម្បីធ្វើការស្នើសុំនេះ។

**Tiếng Hy Lạp:** Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντάμε σε οποιεσδήποτε ερωτήσεις μπορεί να έχετε σχετικά με το πρόγραμμα ιατρικής ή φαρμακευτικής περίθαλψης που παρέχουμε. Για να βρείτε διερμηνέα, απλώς καλέστε μας στον αριθμό 1-877-700-6996. Κάποιος που μιλά αγγλικά μπορεί να σας βοηθήσει. Η κλήση είναι χωρίς χρέωση. Επίσης, παρέχουμε δωρεάν βοηθήματα και βοηθητικές υπηρεσίες, όπως μεγάλη γραμματοσειρά, μπράιγ ή ηχητική μορφή. Απλώς καλέστε μας στον παραπάνω αριθμό για να υποβάλετε αυτό το αίτημα.

**Tiếng Gujarati:** અમારી આરોગ્ય અથવા દવા યોજના વિશે તમને હોય શકે તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવા છે. દુભાષિયા સેવા મેળવવા માટે, અમને 1-877-700-6996 પર કૉલ કરો. ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. કૉલ મફત છે. અમે મોટા પ્રિન્ટ, બ્રેઇલ અથવા ઑડિઓ જેવી મફત વધારાની સહાય અને સેવાઓ પણ પ્રદાન કરીએ છીએ. આ વિનંતી કરવા માટે અમને ફક્ત ઉપરના નંબર પર કૉલ કરો.

**Tiếng Lào:** ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍແປພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບທຸກຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນປະກັນຢາຂອງພວກເຮົາ ເພື່ອຂໍນາຍແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 8-177-706-0996. ຈະມີຄົນທີ່ສາມາດເວົ້າພາສາລາວມາຊ່ວຍທ່ານ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. ນອກຈາກນີ້, ພວກເຮົາຍັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີມແບບບໍ່ເສຍຄ່າອີກດ້ວຍ

ເຊັ່ນ: ການພິມເປັນຕົວໃຫຍ່, ຕົວອັກສອນນູນ ຫຼື ສຽງບັນທຶກ.
ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີຂ້າງເທິງ ເພື່ອຮ້ອງຂໍສິ່ງນີ້.

# Chương 1: Bắt đầu với tư cách hội viên

## Giới thiệu

Chương này bao gồm thông tin về NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP, một chương trình bảo hiểm sức khỏe bao gồm tất cả các dịch vụ Medicare và MassHealth (Medicaid) của quý vị, và tư cách hội viên của quý vị trong đó. Qua chương này, quý vị cũng sẽ biết những gì có thể mong đợi và các thông tin khác sẽ nhận được từ chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được cung cấp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối cùng của *Sổ Tay Hội Viên* này.

## Mục lục

A. Chào mừng quý vị đến với chương trình của chúng tôi ..... 9

B. Thông tin về Medicare và MassHealth (Medicaid) ..... 9
B1. Medicare ..... 9
B2. MassHealth (Medicaid) ..... 9

C. Ưu điểm của chương trình của chúng tôi ..... 10

D. Khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi ..... 11

E. Những điều kiện để quý vị trở thành hội viên chương trình ..... 11

F. Những điều sẽ xảy ra ở lần đầu tiên quý vị tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi ..... 12

G. Nhóm chăm sóc và chương trình chăm sóc của quý vị ..... 13
G1. Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành ..... 13
G2. Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa ..... 14

H. Chương trình của chúng tôi không có phí bảo hiểm ..... 15
H1. Phí Bảo Hiểm Medicare Phần B Hằng Tháng ..... 15

I. Sổ Tay Hội Viên Này ..... 15

J. Thông tin quan trọng khác mà quý vị nhận được từ chúng tôi ..... 16
J1. Thẻ ID Hội Viên Của Quý Vị ..... 16
J2. *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* ..... 17
J3. *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* ..... 18
J4. *Giải Thích Quyền Lợi* ..... 18

K. Luôn cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị ..... 20
K1. Quyền riêng tư đối với thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) ..... 20

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

NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP là chương trình Lựa Chọn Chăm Sóc Cho Người Cao Tuổi (SCO): MassHealth (Medicaid) kết hợp với chương trình Medicare. Chương trình SCO bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (LTSS), nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần, nhà cung cấp dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất kích thích, tổ chức dựa trên cộng đồng có thể hỗ trợ các nhu cầu xã hội liên quan đến sức khỏe và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Trong chương trình SCO, Điều Hướng Viên sẽ làm việc với quý vị để phát triển một chương trình đáp ứng các nhu cầu cụ thể về sức khỏe của quý vị. Điều Hướng Viên cũng sẽ giúp quản lý mọi nhà cung cấp, dịch vụ và hỗ trợ của quý vị. Tất cả phối hợp với nhau để cung cấp cho quý vị sự chăm sóc mà quý vị cần.

SCO là chương trình do Massachusetts và chính quyền liên bang điều hành nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt hơn cho những người có cả Medicare và MassHealth (Medicaid).

# B. Thông tin về Medicare và MassHealth (Medicaid)

## B1. Medicare

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

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

## B2. MassHealth (Medicaid)

MassHealth (Medicaid) là tên của chương trình Medicaid của Massachusetts. MassHealth (Medicaid) do Massachusetts điều hành và được Massachusetts và chính quyền liên bang chi trả. MassHealth (Medicaid) giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế chi trả cho các Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn (LTSS) và chi phí y tế. Sự trợ giúp này bao gồm các dịch vụ bổ sung và thuốc không được Medicare đài thọ.

Mỗi tiểu bang sẽ quyết định:

- những gì được tính là thu nhập và nguồn lực,
- người đủ điều kiện tham gia chương trình,
- những dịch vụ được đài thọ, **và**
- chi phí cho các dịch vụ.

Tiểu bang có thể quyết định cách điều hành các chương trình, miễn là họ tuân theo các quy tắc của liên bang.
Medicare và Khối Thịnh Vượng Chung Massachusetts đã phê duyệt chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể nhận các dịch vụ Medicare và MassHealth (Medicaid) thông qua chương trình của chúng tôi nếu:

- quý vị đủ điều kiện tham gia SCO;
- chúng tôi cung cấp chương trình này ở quận của quý vị, **và**
- Medicare và Khối Thịnh Vượng Chung Massachusetts cho phép chúng tôi tiếp tục cung cấp chương trình này.

Ngay cả khi chương trình của chúng tôi ngừng hoạt động trong tương lai, việc quý vị đủ điều kiện nhận các dịch vụ Medicare và MassHealth (Medicaid) cũng không bị ảnh hưởng.

## C. Ưu điểm của chương trình của chúng tôi

Quý vị giờ sẽ nhận được tất cả các dịch vụ Medicare và MassHealth (Medicaid) được đài thọ từ chương trình của chúng tôi, bao gồm cả thuốc. **Quý vị không phải trả thêm tiền để tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe này.**

Chúng tôi giúp quý vị kết hợp và vận dụng tốt hơn các quyền lợi Medicare và MassHealth (Medicaid). Sau đây là một số ưu điểm:

- Quý vị có thể làm việc với chúng tôi để xử lý **hầu hết** các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của mình.
- Quý vị có một Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành (ICT) mà quý vị giúp tập hợp lại. ICT của quý vị có thể bao gồm chính quý vị, người chăm sóc, bác sĩ, y tá, cố vấn hoặc các chuyên gia y tế khác.
- Điều Hướng Viên của quý vị sẽ làm việc với quý vị, với chương trình của chúng tôi và với nhóm chăm sóc của quý vị để giúp lập Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa. Điều Hướng Viên là người được đào tạo, làm việc cho chương trình của chúng tôi để điều phối các dịch vụ chăm sóc cho quý vị.
- Điều Phối Viên Dịch Vụ Hỗ Trợ Người Cao Tuổi (GSSC) của quý vị sẽ giúp quý vị tìm và nhận các dịch vụ chăm sóc dài hạn và hỗ trợ xã hội của cộng đồng.
    - Cả Điều Hướng Viên và GSSC đều làm việc với ICT của quý vị để đảm bảo quý vị nhận được sự chăm sóc cần thiết.
- Quý vị có thể chỉ đạo việc chăm sóc của chính mình với sự trợ giúp từ ICT, Điều Hướng Viên và Y Tá Quản Lý Trường Hợp (NCM).

- ICT và Điều Hướng Viên của quý vị làm việc với quý vị để lập một Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa (ICP) được thiết kế để đáp ứng nhu cầu sức khỏe **của quý vị**. Nhóm chăm sóc giúp điều phối các dịch vụ mà quý vị cần. Lấy ví dụ, điều này có nghĩa là nhóm chăm sóc của quý vị sẽ bảo đảm:
  - Bác sĩ của quý vị biết tất cả các thuốc quý vị dùng để có thể bảo đảm quý vị đang dùng đúng loại thuốc và có thể giảm bất kỳ tác dụng phụ nào của thuốc đối với quý vị.
  - Kết quả xét nghiệm của quý vị được chia sẻ với tất cả các bác sĩ và nhà cung cấp khác của quý vị, khi thích hợp.

## D. Khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi

NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP chỉ dành cho những cá nhân sống trong khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi trong Khối Thịnh Vượng Chung Massachusetts. Để tiếp tục là thành viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải tiếp tục định cư tại khu vực dịch vụ của chương trình. Khu vực dịch vụ này được mô tả bên dưới.

**Khu vực dịch vụ NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP bao gồm những quận sau ở Massachusetts:**

- Barnstable
- Berkshire
- Bristol
- Essex
- Franklin
- Hampden
- Hampshire
- Middlesex
- Norfolk
- Plymouth
- Suffolk
- Worcester

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

**Quý vị không thể tiếp tục tham gia chương trình của chúng tôi nếu chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ này**. Vui lòng tham khảo **Chương 8** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết thêm về những ảnh hưởng của việc chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi.

## E. Những điều kiện để quý vị trở thành hội viên chương trình

Quý vị sẽ đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi nếu quý vị:

- sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi trong Khối Thịnh Vượng Chung Massachusetts (những cá nhân bị giam giữ không được coi là sống trong khu vực dịch vụ ngay cả khi họ thực sự ở trong đó), **và**
- có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B, **và**
- là công dân hoặc người có quốc tịch Hoa Kỳ, hoặc người không phải công dân nhưng đủ điều kiện, **và**

- hiện đủ điều kiện nhận MassHealth Standard, **và**
- từ 65 tuổi trở lên, **và**
- không được ghi danh miễn trừ Dịch Vụ Tại Nhà và Cộng Đồng (HCBS) của MassHealth (ngoại trừ Miễn Trừ Cho Người Cao Tuổi Yếu Đuối), **và**
- không có bảo hiểm y tế nào khác.

Để hội đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị cũng phải:

- không phải chịu giai đoạn khấu trừ sáu tháng theo 130 CMR 520.028: Điều Kiện Nhận Khoản Khấu Trừ;
- không cư trú ở một cơ sở chăm sóc trung cấp cho người bị khuyết tật phát triển;
- không phải là bệnh nhân nội trú trong bệnh viện điều trị bệnh mạn tính hoặc bệnh viện phục hồi chức năng;
- không có quyền tiếp cận hoặc được ghi danh trong bảo hiểm y tế khác, ngoại trừ Medicare, đáp ứng mức quyền lợi cơ bản như được xác định trong 130 CMR 501.001, **và**
- không phải là người tị nạn như được mô tả trong 130 CMR 522.002
- Nếu quý vị mất tình trạng đủ điều kiện hưởng MassHealth (Medicaid) nhưng có thể được kỳ vọng sẽ lấy lại tư cách trong vòng 30 ngày, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi được Medicare và MassHealth (Medicaid) đài thọ. Trong thời gian này, chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị lấy lại tình trạng đủ điều kiện hưởng MassHealth (Medicaid). Nếu quý vị không thể lấy lại MassHealth (Medicaid) trong vòng 30 ngày, chúng tôi sẽ hủy ghi danh quý vị khỏi NaviCare HMO SNP hoặc NaviCare NHC HMO SNP. Nếu quý vị lấy lại tình trạng đủ điều kiện hưởng MassHealth (Medicaid) sau khi bị hủy ghi danh, quý vị sẽ cần liên hệ với chúng tôi để ghi danh lại vào chương trình.

  **Chương 4, Mục C** cho quý vị biết về bảo hiểm và chia sẻ chi phí trong giai đoạn này. Vui lòng gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh để biết thêm thông tin.

## F. Những điều sẽ xảy ra ở lần đầu tiên quý vị tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi

Ở lần đầu tiên tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ được đánh giá rủi ro về sức khỏe (HRA), còn được gọi là "Đánh Giá Toàn Diện", trong vòng 30 ngày kể từ thời điểm quý vị ghi danh tham gia chương trình.

Chúng tôi phải hoàn thành HRA cho quý vị. HRA này là cơ sở để phát triển Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa (ICP) của quý vị. HRA bao gồm các câu hỏi để xác định các nhu cầu y tế, sức khỏe hành vi và chức năng của quý vị. Các nhu cầu chăm sóc chính, cấp tính và dài hạn được xác định trong HRA. Người Quản Lý Dịch Vụ Chăm Sóc Công Tác Xã Hội sẽ làm việc với Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành (ICT) của quý vị để giải quyết bất kỳ yếu tố xã hội nào quyết định

đến sức khỏe, bao gồm tình trạng vô gia cư, mất an ninh lương thực, hỗ trợ nhiên liệu và các khoảng trống dịch vụ khác.

Chúng tôi liên hệ với quý vị để lên lịch HRA. Chúng tôi có thể hoàn thành HRA qua việc thăm khám trực tiếp ở nơi do quý vị chọn, qua phương thức gọi điện thoại hoặc thăm khám ảo. Chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị 6 tháng một lần để xem có bất kỳ nhu cầu nào của quý vị thay đổi hay không.

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

Nếu NaviCare HMO SNP hoặc NaviCare NHC HMO SNP là một chương trình mới dành cho quý vị, quý vị có thể tiếp tục sử dụng bác sĩ và nhận các dịch vụ hiện tại trong 90 ngày hoặc cho đến khi HRA và ICP của quý vị hoàn tất. Đây được gọi là giai đoạn Tiếp Tục Chăm Sóc. Nếu quý vị đang dùng bất kỳ thuốc nào thuộc Medicare Phần D khi tham gia chương trình của chúng tôi, thì quý vị có thể nhận được lượng thuốc tạm thời. Chúng tôi sẽ giúp quý vị chuyển sang thuốc khác nếu cần thiết.

Sau 90 ngày đầu tiên, quý vị sẽ cần sử dụng bác sĩ và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp hợp tác với chương trình bảo hiểm sức khỏe này. Vui lòng tham khảo **Chương 3** để biết thêm thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc từ mạng lưới nhà cung cấp.

## G. Nhóm chăm sóc và chương trình chăm sóc của quý vị

### G1. Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành

Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành (ICT) có thể giúp quý vị tiếp tục nhận được dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần và mong muốn. Một ICT có thể bao gồm bác sĩ của quý vị, Điều Hướng Viên, các bác sĩ chuyên khoa, hoặc các chuyên gia y tế khác mà quý vị chọn. Quý vị và ICT của quý vị sẽ cùng lập Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa (ICP) của quý vị.

ICT của quý vị có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) của quý vị, Điều Hướng Viên, Y Tá Quản Lý Trường Hợp (NCM), Điều Phối Viên Dịch Vụ Hỗ Trợ Người Cao Tuổi (GSSC) hoặc người quản lý hồ sơ sức khỏe hành vi; họ sẽ làm việc với quý vị để phát triển ICP và bảo đảm quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết. Một y tá có quyền truy cập vào ICP của quý vị luôn sẵn sàng 24/7.

PCP của quý vị chịu trách nhiệm điều phối tất cả các nhu cầu sức khỏe y tế của quý vị, yêu cầu lấy và theo dõi việc giới thiệu các dịch vụ chuyên khoa khi cần thiết.

Điều Hướng Viên là người được đào tạo để giúp quý vị quản lý dịch vụ chăm sóc cần thiết và mong muốn. Quý vị được chỉ định một Điều Hướng Viên khi ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi. Điều Hướng Viên là người được đào tạo, làm việc cho chương trình của chúng tôi để điều phối các dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Người này cũng giới thiệu quý vị đến các nguồn lực cộng đồng khác mà chương trình của chúng tôi có thể không cung cấp và sẽ làm việc với nhóm chăm sóc của quý vị để giúp điều phối dịch vụ chăm sóc của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo các số ở cuối trang để biết thêm thông tin về Điều Hướng Viên và ICT của quý vị.

NCM là Y Tá Đã Đăng Ký được cấp phép ở Massachusetts được chương trình tuyển dụng. Họ đánh giá tình trạng lâm sàng/chức năng của người ghi danh và phát triển các kế hoạch chăm

sóc cá nhân hóa để phối hợp chăm sóc phù hợp với nhu cầu, mục tiêu và ưu tiên chăm sóc sức khỏe của người ghi danh. NCM tham gia vào ICT và điều phối việc chăm sóc trong suốt quá trình liên tục của các nhà cung cấp và dịch vụ, bao gồm cả trong quá trình chuyển đổi chăm sóc.

GSSC không làm việc với các chương trình SCO. Họ là người của Điểm Tiếp Cận Dịch Vụ Chăm Sóc Người Cao Tuổi (ASAP) và là chuyên gia trong các lĩnh vực như sống độc lập, phục hồi và lão hóa. Điều này có nghĩa là họ có thể làm việc cho quý vị và giúp quý vị biện hộ cho nhu cầu của mình.

### G2. Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa

ICT của quý vị làm việc với quý vị để lập một Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa (ICP). ICP cho quý vị và bác sĩ của quý vị biết quý vị cần những dịch vụ nào và làm thế nào để nhận được những dịch vụ đó. Chúng bao gồm các dịch vụ y tế, sức khỏe hành vi, cũng như dịch vụ và hỗ trợ dài hạn của quý vị.

ICP của quý vị là một công cụ giao tiếp quan trọng mô tả các mục tiêu và nhu cầu chăm sóc cá nhân của quý vị. Nó bao gồm các mục tiêu và dịch vụ trong quá khứ và hiện tại của quý vị để giúp hướng dẫn việc chăm sóc và hỗ trợ trong tương lai của quý vị. ICP được tạo ra dựa trên các đánh giá do ICT của quý vị hoàn thành cùng với quý vị.

Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa của quý vị bao gồm:

- danh sách các mục tiêu sức khỏe, sống độc lập và phục hồi của quý vị, cũng như mọi mối lo ngại mà quý vị có thể có và các bước cần thiết để giải quyết chúng, **và**
- khung thời gian để nhận các dịch vụ quý vị cần.

ICT của quý vị gặp quý vị sau HRA của quý vị. Họ sẽ đặt câu hỏi về các dịch vụ quý vị cần. Họ cũng đề cập đến các dịch vụ mà quý vị có thể muốn cân nhắc nhận. ICP của quý vị được xây dựng dựa trên nhu cầu và mục tiêu của quý vị. Quý vị sẽ là trung tâm của quá trình xây dựng ICP của quý vị.

ICP của quý vị bao gồm tất cả các dịch vụ hỗ trợ và quyền lợi mà ICT của quý vị đã ủy quyền để quý vị nhận với tư cách là hội viên của NaviCare HMO SNP hoặc NaviCare NHC HMO SNP.

Để bảo đảm quý vị luôn nhận được sự chăm sóc phù hợp nhất, ICT của quý vị sẽ xem xét, phê duyệt và cho phép các thay đổi đối với ICP của quý vị, bất kể là thêm, thay đổi hay ngừng dịch vụ. ICT của quý vị sẽ đánh giá lại nhu cầu của quý vị ít nhất 6 tháng một lần và thường xuyên hơn nếu cần thiết.

Hàng năm, ICT của quý vị sẽ làm việc với quý vị để cập nhật ICP của quý vị trong trường hợp có sự thay đổi trong các dịch vụ y tế quý vị cần và muốn. ICP của quý vị cũng có thể được cập nhật khi mục tiêu hoặc nhu cầu của quý vị thay đổi trong suốt cả năm.

## H. Chương trình của chúng tôi không có phí bảo hiểm

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

- Phí Bảo Hiểm Medicare Phần B Hằng Tháng (**Mục H1**)

### H1. Phí Bảo Hiểm Medicare Phần B Hằng Tháng

**Nhiều hội viên được yêu cầu chi trả các phí bảo hiểm Medicare khác**

Một số hội viên được yêu cầu chi trả các phí bảo hiểm Medicare khác. Như đã giải thích trong **Mục E** ở trên, để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải duy trì tình trạng đủ điều kiện nhận MassHealth (Medicaid), cũng như có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B. Đối với hầu hết hội viên NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP, MassHealth (Medicaid) chi trả phí bảo hiểm Medicare Phần A (nếu quý vị không tự động hội đủ điều kiện) và phí bảo hiểm Phần B.

Ngoài ra, còn có các chương trình được cung cấp thông qua MassHealth (Medicaid) để giúp những người có Medicare thanh toán các chi phí Medicare của họ, chẳng hạn như phí bảo hiểm Medicare. Các "Chương Trình Tiết Kiệm của Medicare" này giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế tiết kiệm tiền mỗi năm:

- Người Thụ Hưởng Medicare Hội Đủ Điều Kiện (QMB): Giúp chi trả phí bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B và các chi phí khác (như: khoản khấu trừ, khoản đồng bảo hiểm và khoản tiền đồng trả). (Một số người có QMB cũng đủ điều kiện để nhận đầy đủ các quyền lợi MassHealth (Medicaid) (QMB+)).
- Người Thụ Hưởng Medicare Có Thu Nhập Thấp Đã Được Quy Định (SLMB): Giúp chi trả phí bảo hiểm Phần B. (Một số người có SLMB cũng đủ điều kiện nhận đầy đủ các quyền lợi MassHealth (Medicaid) (SLMB+)).
- Cá Nhân Đủ Điều Kiện (QI): Giúp chi trả phí bảo hiểm Phần B

**Nếu MassHealth (Medicaid) không trả phí bảo hiểm Medicare cho quý vị, thì quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare để tiếp tục là hội viên chương trình của chúng tôi.** Điều này bao gồm cả phí bảo hiểm Medicare Phần B của quý vị. **Ngoài ra, vui lòng liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh hoặc Điều Hướng Viên của quý vị và thông báo cho họ về sự thay đổi này.**

## I. Sổ Tay Hội Viên Này

*Sổ Tay Hội Viên* này là một phần trong hợp đồng của chúng tôi với quý vị. Điều này có nghĩa là chúng ta phải tuân theo tất cả các quy tắc trong tài liệu này. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã làm điều gì đó trái với các quy định này, thì quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Để biết thông tin về việc khiếu nại, tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này hoặc gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Quý vị có thể yêu cầu lấy *Sổ Tay Hội Viên* bằng cách gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo các số ở cuối trang. Quý vị cũng có thể tham khảo *Sổ Tay Hội Viên* có trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ web ở cuối trang.

Hợp đồng này có hiệu lực trong các tháng quý vị ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi từ ngày 1 tháng 1 năm 2027 đến ngày 31 tháng 12 năm 2027.

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

Thông tin quan trọng khác mà chúng tôi cung cấp cho quý vị bao gồm Thẻ ID Hội Viên, thông tin về cách truy cập *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, và thông tin về cách truy cập *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ,* còn được gọi là *Danh Sách Thuốc hoặc Danh Mục Thuốc*.

### J1. Thẻ ID Hội Viên Của Quý Vị

Theo chương trình của chúng tôi, quý vị có một thẻ cho các dịch vụ Medicare và MassHealth (Medicaid) của mình, bao gồm LTSS, một số dịch vụ sức khỏe hành vi và toa thuốc. Quý vị xuất trình thẻ này khi nhận bất kỳ dịch vụ hoặc toa thuốc nào. Sau đây là Thẻ ID Hội Viên mẫu:

**NaviCare NHC HMO SNP**




**NaviCare HMO SNP**




Nếu quý vị làm hỏng, bị thất lạc hoặc bị mất cắp Thẻ ID Hội Viên, vui lòng gọi ngay cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số ở cuối trang. Chúng tôi sẽ gửi thẻ mới cho quý vị.

**Nếu quý vị có thắc mắc**, vui lòng gọi cho NaviCare theo số 1-877-700-6996 (TTY 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu (7 ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3). Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí. **Để biết thêm thông tin**, truy fallonhealth.org/navicare.

Nếu quý vị vẫn còn là hội viên chương trình của chúng tôi, thì quý vị không cần sử dụng thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh lam hay thẻ MassHealth (Medicaid) để nhận hầu hết các dịch vụ. Hãy giữ các thẻ đó ở nơi an toàn, phòng khi quý vị cần chúng sau này. Nếu quý vị xuất trình thẻ Medicare thay vì Thẻ ID Hội Viên, thì nhà cung cấp có thể lập hóa đơn cho Medicare thay vì cho chương trình của chúng tôi và quý vị có thể nhận được hóa đơn. Quý vị có thể được yêu cầu xuất trình thẻ Medicare nếu cần dùng các dịch vụ bệnh viện, dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc tham gia các công trình nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt (còn gọi là thử nghiệm lâm sàng). Vui lòng tham khảo **Chương 7** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết phải làm gì nếu quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp.

## J2. *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*

*Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* liệt kê các nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới chương trình của chúng tôi. Khi quý vị là hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận các dịch vụ được đài thọ.

Quý vị có thể yêu cầu lấy *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* (ở dạng điện tử hoặc bản in giấy) bằng cách gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo các số ở cuối trang. Bản in giấy Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc mà quý vị yêu cầu sẽ được gửi qua đường bưu chính cho quý vị trong vòng ba ngày làm việc. Quý vị cũng có thể tham khảo *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* tại địa chỉ web ở cuối trang.

*Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* liệt kê các nhà cung cấp trong mạng lưới hiện tại của chúng tôi, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền và nhà thuốc. Nhà cung cấp trong mạng lưới là các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y tế, nhà cung cấp thiết bị y tế, 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.

Đối với người mới ghi danh, Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa của quý vị phải cung cấp giai đoạn chuyển tiếp tối thiểu là 90 ngày. Trong thời gian đó, chương trình mới có thể không yêu cầu sự ủy quyền trước đối với bất kỳ liệu trình đang hoạt động nào, ngay cả khi liệu trình đó là dành cho một dịch vụ đã bắt đầu với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

**Định nghĩa nhà cung cấp trong mạng lưới**

- Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi bao gồm:
    - bác sĩ, y tá và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị có thể sử dụng khi là hội viên chương trình của chúng tôi;
    - phòng khám, bệnh viện, cơ sở điều dưỡng và những nơi khác cung cấp dịch vụ y tế trong chương trình của chúng tôi; **và**
    - cơ sở chăm sóc sức khỏe tại nhà, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền (DME) và các đơn vị khác cung cấp hàng hóa và dịch vụ mà quý vị nhận được thông qua Medicare hoặc MassHealth (Medicaid).

Các nhà cung cấp trong mạng lưới đồng ý chấp nhận khoản thanh toán từ chương trình của chúng tôi cho các dịch vụ được đài thọ là thanh toán đầy đủ. Quý vị sẽ không phải trả thêm bất kỳ khoản nào cho các dịch vụ được đài thọ.

**Định nghĩa nhà thuốc trong mạng lưới**

- Nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc đồng ý bán thuốc theo toa cho các hội viên chương trình của chúng tôi. Vui lòng sử dụng *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị muốn sử dụng.

- Ngoại trừ trường hợp khẩn cấp, quý vị phải mua thuốc theo toa tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi nếu quý vị muốn chương trình của chúng tôi thanh toán cho các thuốc này.

Vui lòng gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo các số ở cuối trang để biết thêm thông tin. Cả Phòng Dịch Vụ Ghi Danh và trang web của chúng tôi đều có thể cung cấp cho quý vị thông tin cập nhật nhất về những thay đổi đối với các nhà thuốc và nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi.

## J3. *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ*

Chương trình của chúng tôi có một *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ*. Chúng tôi gọi ngắn gọn là *Danh Sách Thuốc*. Danh sách này cho quý vị biết chương trình của chúng tôi đài thọ những loại thuốc nào. Các thuốc trong danh sách này đã được chương trình của chúng tôi lựa chọn với sự trợ giúp của các bác sĩ và
dược sĩ. *Danh Sách Thuốc* phải đáp ứng các yêu cầu của Medicare. Các thuốc có giá thương lượng theo Chương Trình Đàm Phán Giá Thuốc của Medicare sẽ được đưa vào *Danh Sách Thuốc* của quý vị trừ khi chúng bị loại bỏ và thay thế như được mô tả trong **Chương 5, Mục E.** Medicare đã phê duyệt *Danh Sách Thuốc* NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP.

*Danh Sách Thuốc* cũng cho quý vị biết liệu có bất kỳ quy định hoặc hạn chế nào đối với bất kỳ thuốc nào không, chẳng hạn như giới hạn về số lượng có thể nhận. Vui lòng tham khảo **Chương 5** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết thêm thông tin.

Mỗi năm, chúng tôi gửi cho quý vị thông tin về cách truy cập *Danh Sách Thuốc*, nhưng một số thay đổi có thể xảy ra trong năm. Để nhận thông tin cập nhật nhất về các thuốc được đài thọ, vui lòng gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ ở cuối trang. Quý vị cũng có thể tìm *Danh Sách Thuốc Không Kê Toa và Thuốc Được MassHealth Đài Thọ Bổ Sung* gần đây nhất theo phương thức điện tử trên fallonhealth.org/navicare.

## J4. *Giải Thích Quyền Lợi*

Khi quý vị sử dụng các quyền lợi thuốc của mình theo Medicare Phần D, chúng tôi sẽ gửi một bản tóm tắt để quý vị hiểu và theo dõi các khoản thanh toán cho các thuốc theo Medicare Phần D của quý vị. Bản tóm tắt này được gọi là tài liệu *Giải Thích Quyền Lợi* (EOB).

EOB cho biết tổng số tiền mà quý vị hoặc người khác đại diện cho quý vị đã chi trả cho các thuốc theo Medicare Phần D của quý vị và tổng số tiền do chúng tôi chi trả cho mỗi loại thuốc theo Medicare Phần D của quý vị trong cả

tháng. EOB này không phải là hóa đơn. EOB có thêm thông tin về các loại thuốc quý vị dùng. **Chương 6** của *Sổ Tay Hội Viên* này cung cấp thêm thông tin về EOB và cách EOB giúp quý vị theo dõi phần đài thọ thuốc của mình.

Quý vị cũng có thể yêu cầu lấy EOB. Để nhận bản sao, vui lòng liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo các số ở cuối trang.

LƯU Ý: Hội viên NaviCare không mất chi phí cho các dịch vụ được đài thọ.

Quý vị cũng có thể nhận EOB ở dạng điện tử. Cách đăng ký:

1. Đăng ký qua cổng thông tin hội viên OptumRx tại optumrx.com.
2. Nhấp vào "Sign in" (Đăng nhập) để đăng nhập cổng thông tin.
3. Nhấp vào tab "My profile" (Hồ sơ của tôi).
4. Chọn "Communication preferences" (Tùy chọn liên lạc).
5. Cập nhật tùy chọn của quý vị thành "Paperless" (Không dùng giấy) cho danh mục "Claims, billing and payments" (Yêu cầu bảo hiểm, lập hóa đơn và thanh toán).

Nếu quý vị đổi ý và muốn quay lại nhận EOB qua thư, thì quý vị có thể đăng nhập lại và thay đổi tùy chọn của mình thành "Mail" (Thư) cho EOB của quý vị.

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

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

Chúng tôi cần thông tin này để bảo đảm rằng hồ sơ của chúng tôi có thông tin chính xác của quý vị. Các bác sĩ, bệnh viện, dược sĩ và nhà cung cấp khác trong mạng lưới chương trình của chúng tôi **sử dụng hồ sơ hội viên của quý vị để biết các dịch vụ và thuốc nào được đài thọ và khoản chia sẻ chi phí của quý vị**. Do đó, việc giúp chúng tôi cập nhật thông tin của quý vị là rất quan trọng.

Vui lòng báo ngay cho chúng tôi về những điều sau:

- sự thay đổi tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị;
- sự thay đổi đối với bất kỳ phạm vi bảo hiểm y tế nào khác, chẳng hạn như từ chủ lao động của quý vị, chủ lao động của vợ/chồng quý vị hoặc chủ lao động của đối tác trong nước của quý vị, hoặc sự thay đổi đối với bồi thường cho người lao động;
- bất kỳ yêu cầu bảo hiểm nào theo trách nhiệm pháp lý, chẳng hạn như yêu cầu bảo hiểm do tai nạn ô tô;
- việc nhập viện hoặc cơ sở điều dưỡng;
- dịch vụ chăm sóc ở bệnh viện hoặc phòng cấp cứu;
- sự thay đổi về người chăm sóc của quý vị (hoặc bất kỳ ai chịu trách nhiệm về quý vị); **và**
- việc quý vị tham gia một công trình nghiên cứu lâm sàng. (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải báo cho chúng tôi về một nghiên cứu lâm sàng mà quý vị dự định tham gia, nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị nên làm như vậy.)

Nếu có bất kỳ thông tin nào thay đổi, vui lòng gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo các số ở cuối trang.

Quý vị cũng có thể cập nhật địa chỉ và số điện thoại của mình trực tuyến bằng cách truy cập fallonhealth.org/navicare và nhấp vào "MyFallon online tools" (Công cụ trực tuyến MyFallon) trong "Member resources" (Tài nguyên của hội viên) để đăng nhập cổng thông tin hội viên an toàn của chúng tôi.

### K1. Quyền riêng tư đối với thông tin sức khỏe cá nhân (PHI)

Thông tin trong hồ sơ hội viên của quý vị có thể bao gồm thông tin sức khỏe cá nhân (PHI). Luật pháp liên bang và tiểu bang yêu cầu chúng tôi giữ bí mật PHI của quý vị. Chúng tôi sẽ bảo vệ PHI của quý vị. Để biết thêm chi tiết về cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị, tham khảo **Chương 8** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

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

## Giới Thiệu

Chương này cung cấp cho quý vị thông tin liên hệ của các nguồn thông tin quan trọng, có thể giải đáp các câu hỏi của quý vị về chương trình của chúng tôi và các quyền lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị cũng có thể sử dụng chương này để nhận thông tin về cách liên hệ với Điều Hướng Viên của quý vị và những người khác biện hộ thay mặt cho quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được cung cấp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối cùng của *Sổ Tay Hội Viên* này.

## Mục lục

A. Phòng Dịch Vụ Ghi Danh ..... 22
B. Điều Hướng Viên Của Quý Vị ..... 25
C. SHINE (Phục Vụ Nhu Cầu Bảo Hiểm Y Tế Của Mọi Người) ..... 26
D. Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO) ..... 27
E. Medicare ..... 28
F. MassHealth (Medicaid) ..... 30
G. Cơ Quan Thanh Tra ..... 31
H. Chương Trình Thanh Tra Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn ..... 32
I. Các Chương Trình Hỗ Trợ Thanh Toán Thuốc ..... 32
I1. Trợ Giúp Bổ Sung Từ Medicare ..... 32
J. An Sinh Xã Hội ..... 33
K. Ban Hưu Trí Đường Sắt (RRB) ..... 34
L. Các nguồn lực khác ..... 35
L1. Điểm Tiếp Cận Dịch Vụ Chăm Sóc Người Cao Tuổi (ASAP) ..... 35
L2. MassOptions ..... 38
L3. Quyết Định Bảo Hiểm cho Thuốc Theo Toa Phần D ..... 39

## A. Phòng Dịch Vụ Ghi Danh

| | |
|---|---|
| **GỌI** | 1-877-700-6996 Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí.<br>8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu<br>(7 ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến hết ngày 31 tháng 3)<br>Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho các hội viên cần dịch vụ thông dịch. |
| **TTY** | 711. Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí.<br>8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu<br>(7 ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến hết ngày 31 tháng 3) |
| **FAX** | 1-508-368-9013 |
| **VIẾT THƯ** | Fallon Health<br>NaviCare Enrollee Services<br>1 Mercantile St., Suite 400<br>Worcester, MA 01608 |
| **TRANG WEB** | fallonhealth.org/navicare |

Liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh để được trợ giúp:

- các câu hỏi về chương trình
  - Thông tin về tất cả các dịch vụ được đài thọ và các dịch vụ hoặc nguồn lực sẵn có khác
  - Cách thay đổi chương trình hoặc cách hủy ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi
  - Quyền và trách nhiệm của quý vị
  - Thông tin của nhà cung cấp, ví dụ: địa điểm, trình độ, khả năng tiếp cận và tính sẵn sàng của các nhà cung cấp
- câu hỏi về yêu cầu bảo hiểm hoặc lập hóa đơn
- quyết định bảo hiểm về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
  - Quyết định bảo hiểm về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị là quyết định về:
    - các quyền lợi và dịch vụ được đài thọ của quý vị **hoặc**
    - số tiền chúng tôi chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.
  - Vui lòng gọi cho chúng tôi nếu quý vị có thắc mắc liên quan đến quyết định bảo hiểm về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.
  - Để tìm hiểu thêm về quyết định bảo hiểm, tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

- khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
    - Khiếu nại là một cách chính thức yêu cầu chúng tôi xem xét và thay đổi một quyết định đã đưa ra về bảo hiểm của quý vị nếu quý vị không đồng ý với quyết định đó hoặc cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn.
    - Để tìm hiểu thêm về việc khiếu nại, tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này hoặc liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.
- than phiền về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
    - Quý vị có thể đưa ra than phiền về chúng tôi hoặc bất kỳ nhà cung cấp nào (cả trong và ngoài mạng lưới). Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp hợp tác với chương trình của chúng tôi. Quý vị cũng có thể gửi than phiền cho chúng tôi hoặc cho Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO) về chất lượng của dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được (tham khảo **Mục E**).
    - Quý vị có thể gọi và giải thích than phiền của quý vị theo số 1-877-700-6996 (TTY 711).
    - Nếu than phiền của quý vị liên quan đến một quyết định bảo hiểm về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, thì quý vị có thể gửi khiếu nại (tham khảo **Mục E và Mục F của Chương 9**).
    - Quý vị có thể gửi than phiền về chương trình của chúng tôi cho Medicare. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu trực tuyến tại www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Hoặc, quý vị có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu được trợ giúp.
    - Quý vị cũng có thể gọi cho My Ombudsman để được trợ giúp với **bất kỳ** phàn nàn nào hoặc để giúp quý vị nộp đơn khiếu nại. (Tham khảo **Mục I** để biết thông tin liên hệ của My Ombudsman.)
    - Để tìm hiểu thêm về việc khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, hãy tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này.
- quyết định bảo hiểm về thuốc của quý vị
    - Quyết định bảo hiểm về thuốc của quý vị là quyết định về:
        - các quyền lợi và thuốc được đài thọ của quý vị **hoặc**
        - số tiền chúng tôi chi trả cho thuốc của quý vị.
    - Quyết định này áp dụng cho các thuốc theo Medicare Phần D, thuốc theo toa MassHealth (Medicaid) và thuốc không kê toa MassHealth của quý vị.

- Để biết thêm về quyết định bảo hiểm về các thuốc của quý vị, tham khảo **Chương 9** của
  *Sổ Tay Hội Viên.*

- khiếu nại về thuốc của quý vị
  - Khiếu nại là một cách yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm.
  - Để biết thêm về việc khiếu nại về thuốc của quý vị, tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên.*

- than phiền về thuốc của quý vị
  - Quý vị có thể than phiền về chúng tôi hoặc bất kỳ nhà thuốc nào. Phạm vi này bao gồm cả than phiền về thuốc của quý vị.
  - Nếu sự than phiền liên quan đến một quyết định bảo hiểm về thuốc của quý vị, thì quý vị có thể khiếu nại. (Vui lòng tham khảo **Mục G của Chương 9**)
  - Quý vị có thể gửi than phiền về chương trình của chúng tôi cho Medicare. Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu trực tuyến tại www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Hoặc, quý vị có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để yêu cầu được trợ giúp.
  - Để biết thêm về việc than phiền về thuốc của quý vị, tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên.*

- khoản thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc mà quý vị đã chi trả
  - Để biết thêm về cách yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn quý vị đã nhận, tham khảo
    **Chương 7** của *Sổ Tay Hội Viên* này.
  - Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn và chúng tôi từ chối bất kỳ phần nào của yêu cầu, thì quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Vui lòng tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

## B. Điều Hướng Viên Của Quý Vị

Điều Hướng Viên là thành viên của Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành (ICT) và hợp tác chặt chẽ với Y Tá Quản Lý Trường Hợp (NCM), nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) và các nhà cung cấp khác để giúp điều phối việc chăm sóc và đảm bảo rằng người ghi danh nhận được các dịch vụ cần thiết, phù hợp với Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa (ICP). Điều Hướng Viên biện hộ thay mặt cho người ghi danh của họ và có vai trò quan trọng trong việc giảm bớt khoảng trống giữa các dịch vụ chăm sóc, cũng như hướng dẫn người ghi danh về các lợi ích họ được hưởng.

| | |
|---|---|
| **GỌI** | 1-877-700-6996 Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí.<br>8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu<br>(7 ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến hết ngày 31 tháng 3)<br>Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí cho các hội viên cần dịch vụ thông dịch. |
| **TTY** | 711<br>Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí. 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu<br>(7 ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến hết ngày 31 tháng 3) |
| **FAX** | 1-508-368-9013 |
| **VIẾT THƯ** | Fallon Health<br>NaviCare HMO SNP hoặc NaviCare NHC HMO SNP<br>1 Mercantile St., Suite 400<br>Worcester, MA 01608 |
| **TRANG WEB** | fallonhealth.org/navicare |

Liên hệ với Điều Hướng Viên của quý vị để được trợ giúp:

- các câu hỏi về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
- các câu hỏi về việc nhận các dịch vụ sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và điều trị rối loạn do sử dụng chất kích thích)
- các câu hỏi về việc di chuyển
- các câu hỏi về việc nhận dịch vụ y tế, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)
- các câu hỏi về việc nhận trợ giúp về thực phẩm, nhà ở, việc làm và các nhu cầu xã hội khác liên quan đến sức khỏe
- các câu hỏi về chương trình chăm sóc của quý vị
- các câu hỏi về việc phê duyệt cho các dịch vụ mà nhà cung cấp của quý vị đã yêu cầu
- các câu hỏi về các quyền lợi của Dịch Vụ Được Đài Thọ Linh Hoạt và cách yêu cầu nhận chúng

## C. SHINE (Phục Vụ Nhu Cầu Bảo Hiểm Y Tế Của Mọi Người)

Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP) là một chương trình của chính quyền với các tư vấn viên được đào tạo tại mỗi tiểu bang, cung cấp miễn phí sự trợ giúp, thông tin và trả lời các câu hỏi của quý vị về Medicare. Ở Massachusetts, SHIP được gọi là SHINE (Phục Vụ Nhu Cầu Bảo Hiểm Y Tế Của Mọi Người).

SHINE là một chương trình độc lập của tiểu bang (không kết nối với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe nào) nhận tiền từ chính quyền liên bang để cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm y tế miễn phí tại địa phương cho người có Medicare.

| | |
|---|---|
| **GỌI** | 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)<br>9 giờ sáng đến 5 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu |
| **TTY** | 1-800-439-2370 *(chỉ ở Massachusetts)*<br>Số điện thoại này dành cho những người bị khó nghe hoặc khó nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này. |
| **VIẾT THƯ** | Gọi theo số bên trên để biết địa chỉ của chương trình SHINE ở khu vực của quý vị. |
| **TRANG WEB** | www.mass.gov/health-insurance-counseling |

Liên hệ với SHINE để được trợ giúp:

- các câu hỏi về Medicare
- Tư vấn viên của SHINE có thể trả lời các câu hỏi của quý vị về việc thay đổi sang chương trình mới và giúp quý vị:
  - hiểu các quyền của quý vị,
  - hiểu các lựa chọn chương trình của quý vị,
  - giải đáp các câu hỏi về việc chuyển đổi chương trình,
  - than phiền về dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc điều trị của quý vị, **và**
  - giải quyết các vấn đề với hóa đơn của quý vị.

## D. Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO)

Tiểu bang của chúng tôi có một tổ chức tên là Acentra Health. Đây là một nhóm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho người có Medicare. Acentra Health là một tổ chức độc lập. Tổ chức này không liên quan đến chương trình của chúng tôi.

| | |
|---|---|
| **GỌI** | 1-888-319-8452 |
| **TTY** | 711<br>Số điện thoại này dành cho những người bị khó nghe hoặc khó nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này. |
| **VIẾT THƯ** | Acentra Health QIO<br>5201 West Kennedy Blvd.<br>Suite 900<br>Tampa, FL 33609 |
| **TRANG WEB** | https://www.acentraqio.com/ |

Vui lòng liên hệ với Acentra Health để được trợ giúp:

- các câu hỏi về quyền chăm sóc sức khỏe của quý vị
- than phiền về dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được nếu quý vị:
    - gặp phải vấn đề về chất lượng chăm sóc, ví dụ: nhận sai thuốc, các xét nghiệm hoặc thủ thuật không cần thiết hoặc chẩn đoán sai,
    - nghĩ rằng quý vị được cho ra viện quá sớm, **hoặc**
    - nghĩ rằng các dịch vụ 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) của quý vị kết thúc quá sớm.

## E. Medicare

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

Cơ quan liên bang phụ trách Medicare là Centers for Medicare & Medicaid Services (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid), hay CMS. Cơ quan này ký hợp đồng với các tổ chức Medicare Advantage, bao gồm cả chương trình của chúng tôi.

| | |
|---|---|
| **GỌI** | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)<br>Đây là số điện thoại miễn phí, có người túc trực 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. |
| **TTY** | 1-877-486-2048. Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí.<br>Số điện thoại này dành cho những người bị khó nghe hoặc khó nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này. |
| **TRÒ CHUYỆN TRỰC TIẾP** | Trò chuyện trực tiếp tại www.Medicare.gov/talk-to-someone |
| **VIẾT THƯ** | Gửi thư cho Medicare theo địa chỉ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 |

| | |
|---|---|
| **TRANG WEB** | www.medicare.gov<br>• Nhận thông tin về các chương trình bảo hiểm sức khỏe và thuốc của Medicare ở khu vực của quý vị, kể cả chi phí và các dịch vụ được cung cấp.<br>• Tìm bác sĩ tham gia Medicare hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và nhà cung cấp khác.<br>• Tìm hiểu những gì được Medicare đài thọ, bao gồm các dịch vụ phòng ngừa (như: khám sàng lọc, tiêm chủng hoặc vắc-xin và thăm khám "sức khỏe" hằng năm).<br>• Nhận thông tin và biểu mẫu khiếu nại của Medicare.<br>• Nhận thông tin về chất lượng chăm sóc được cung cấp qua các chương trình, cơ sở điều dưỡng, bệnh viện, bác sĩ, cơ sở chăm sóc sức khỏe tại nhà, cơ sở lọc máu, trung tâm chăm sóc cuối đời, cơ sở phục hồi chức năng nội trú và bệnh viện chăm sóc dài hạn.<br>• Tra cứu các trang web và số điện thoại hữu ích.<br>Để gửi than phiền cho Medicare, vui lòng truy cập www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare tiếp nhận các than phiền của quý vị một cách nghiêm túc và sẽ sử dụng thông tin này để cải thiện chất lượng của chương trình Medicare. |

## F. MassHealth (Medicaid)

MassHealth (Medicaid) hỗ trợ người có thu nhập và nguồn lực hạn chế trong việc chi trả các chi phí dịch vụ và hỗ trợ y tế và dài hạn.

Quý vị đã ghi danh tham gia Medicare và MassHealth (Medicaid). Nếu quý vị có thắc mắc về sự trợ giúp nhận được từ MassHealth (Medicaid), vui lòng sử dụng thông tin liên hệ bên dưới.

Quý vị có thể nhận thông tin về MassHealth (Medicaid) từ Điểm Tiếp Cận Dịch Vụ Chăm Sóc Người Cao Tuổi (ASAPs). Để biết thêm thông tin về cách liên hệ với ASAP, hãy xem **Mục L1** của chương này. Ngoài ra, vì quý vị đã ghi danh tham gia cả Medicare và MassHealth (Medicaid), nên quý vị cũng có thể liên hệ với Medicare (xem **Mục E** của chương này để biết thông tin liên hệ) nếu có bất kỳ câu hỏi nào.

| | |
|---|---|
| **GỌI** | 1-800-841-2900 |
| **TTY** | 711<br>Số điện thoại này dành cho những người bị khó nghe hoặc khó nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này. |
| **VIẾT THƯ** | MassHealth Customer Service<br>55 Summer Street<br>Boston, MA 02110 |
| **EMAIL** | membersupport@mahealth.net |
| **TRANG WEB** | www.mass.gov/masshealth |

## G. Cơ Quan Thanh Tra

My Ombudsman là một chương trình độc lập có thể giúp quý vị giải quyết các câu hỏi, thắc mắc hoặc vấn đề liên quan đến chương trình Lựa Chọn Chăm Sóc Cho Người Cao Tuổi (SCO). My Ombudsman cung cấp các dịch vụ miễn phí. Nhân viên My Ombudsman:

- Có thể giải đáp thắc mắc hoặc giới thiệu quý vị đến đúng nơi phù hợp với nhu cầu của quý vị.
- Có thể giúp quý vị giải quyết vấn đề hoặc quan ngại với SCO hoặc chương trình SCO của quý vị, NaviCare HMO SNP hoặc NaviCare NHC HMO SNP. Nhân viên My Ombudsman sẽ lắng nghe, điều tra sự cố và thảo luận các lựa chọn với quý vị để giúp giải quyết vấn đề.
- Trợ giúp về khiếu nại. Khiếu nại là cách chính thức để yêu cầu chương trình SCO, MassHealth (Medicaid) hoặc Medicare của quý vị xem xét một quyết định về các dịch vụ của quý vị. Nhân viên My Ombudsman có thể nói chuyện với quý vị về cách khiếu nại và những điều sẽ xảy ra trong quá trình khiếu nại.
- Quý vị có thể gọi điện hoặc viết thư cho My Ombudsman. Vui lòng tham khảo trang web của My Ombudsman hoặc liên hệ trực tiếp với họ để biết thông tin cập nhật về địa điểm và giờ tiếp khách không cần hẹn trước.

| | |
|---|---|
| **GỌI** | 1-855-781-9898 (Miễn Cước) |
| **MassRelay và Videophone (VP)** | Sử dụng 7-1-1 để gọi số 1-855-781-9898.<br>Số điện thoại này dành cho những người bị khó nghe hoặc khó nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này.<br>Videophone (VP): 339-224-6831<br>Số điện thoại này dành cho những người bị điếc hoặc khiếm thính. |
| **VIẾT THƯ** | My Ombudsman<br>25 Kingston Street, 4th floor<br>Boston, MA 02111 |
| **EMAIL** | info@myombudsman.org |
| **TRANG WEB** | www.myombudsman.org |

## H. Chương Trình Thanh Tra Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn

Thanh Tra Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn giúp mọi người có được thông tin về các cơ sở điều dưỡng và giải quyết các vấn đề giữa cơ sở điều dưỡng và người cư trú hoặc gia đình của họ.

Thanh Tra Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn không liên quan đến chương trình của chúng tôi hay bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe nào.

| | |
|---|---|
| **GỌI** | 617-222-7495 |

## I. Các Chương Trình Hỗ Trợ Thanh Toán Thuốc

Trang web Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) cung cấp thông tin về cách giảm chi phí thuốc của quý vị. Những người có thu nhập hạn chế cũng có thể nhận sự hỗ trợ qua các chương trình khác được mô tả bên dưới.

### I1. Trợ Giúp Bổ Sung Từ Medicare

Vì quý vị đủ điều kiện nhận MassHealth (Medicaid), nên quý vị cũng đủ điều kiện và nhận được "Trợ Giúp Bổ Sung" từ Medicare để chi trả cho các chi phí chương trình thuốc của mình. Quý vị không cần phải làm bất cứ điều gì để nhận sự "Trợ Giúp Bổ Sung" này.

| | |
|---|---|
| **GỌI** | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)<br>Đây là số điện thoại miễn phí, có người túc trực 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. |
| **TTY** | 1-877-486-2048 Cuộc gọi này là miễn phí.<br>Số điện thoại này dành cho những người bị khó nghe hoặc khó nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này. |
| **TRANG WEB** | www.medicare.gov |

## J. An Sinh Xã Hội

Sở An Sinh Xã Hội xác định tình trạng đủ điều kiện tham gia Medicare và xử lý việc ghi danh Medicare.

Nếu quý vị chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư, thì quý vị cần liên hệ với Sở An Sinh Xã Hội để thông báo cho họ.

| | |
|---|---|
| **GỌI** | 1-800-772-1213<br>Đây là số điện thoại miễn phí.<br>Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 7 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu.<br>Quý vị có thể sử dụng dịch vụ điện thoại tự động của họ để nhận thông tin được ghi sẵn và thực hiện một số công việc 24 giờ một ngày. |
| **TTY** | 1-800-325-0778<br>Số điện thoại này dành cho những người bị khó nghe hoặc khó nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này. |
| **TRANG WEB** | www.ssa.gov |

## K. Ban Hưu Trí Đường Sắt (RRB)

RRB là cơ quan Liên Bang độc lập, quản lý các chương trình phúc lợi toàn diện cho các nhân viên ngành đường sắt quốc gia và gia đình của họ. Nếu quý vị nhận Medicare thông qua RRB, vui lòng báo cho họ nếu quý vị chuyển nhà hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư. Nếu quý vị có thắc mắc về các quyền lợi của mình từ RRB, vui lòng liên hệ với cơ quan này.

| | |
|---|---|
| **GỌI** | 1-877-772-5772<br>Đây là số điện thoại miễn phí.<br>Nhấn "0" để nói chuyện với đại diện RRB từ 9 giờ sáng đến 3 giờ 30 chiều các ngày thứ Hai, thứ Ba, thứ Năm và thứ Sáu, và từ 9 giờ sáng đến 12 giờ trưa vào thứ Tư.<br>Nhấn "1" để truy cập Đường Dây Trợ Giúp RRB tự động và nhận thông tin được ghi sẵn 24 giờ một ngày, kể cả cuối tuần và ngày lễ. |
| **TTY** | 1-312-751-4701<br>Số điện thoại này dành cho những người bị khó nghe hoặc khó nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này.<br>Cuộc gọi đến số này không được miễn phí. |
| **TRANG WEB** | www.rrb.gov |

# L. Các nguồn lực khác

## L1. Điểm Tiếp Cận Dịch Vụ Chăm Sóc Người Cao Tuổi (ASAP)

Quý vị có thể nhận thông tin về MassHealth (Medicaid) từ Điểm Tiếp Cận Dịch Vụ Chăm Sóc Người Cao Tuổi (ASAPs). ASAP là các tổ chức cung cấp sự hỗ trợ và dịch vụ cho người cao tuổi. Các dịch vụ sẽ thay đổi theo tổ chức và có thể bao gồm: chăm sóc tại nhà, bữa ăn giao tại nhà, vận chuyển, thông tin và hỗ trợ nhà ở, quản lý hồ sơ và chăm sóc sức khỏe ban ngày cho người lớn. ASAP cung cấp thông tin và giới thiệu liên quan đến việc chăm sóc, tình trạng y tế liên quan đến lão hóa, dịch vụ pháp lý, nhóm hỗ trợ và các dịch vụ khác dành cho người cao tuổi.

Quý vị cũng có thể tìm thấy ASAP sở tại ở nơi cư trú của mình thông qua liên kết bên dưới:
www.mass.gov/info-details/find-your-regional-aging-services-access-point-asap

**Access Care Partners (trước đây là WestMass Elder Care, Inc.)**
4 Valley Mill Rd.
Holyoke, MA 01040

- Gọi: 1-800-462-2301. TTY: 1-800-875-0287.
- www.accesscarepartners.org

**AgeSpan**
Văn Phòng Chính: 280 Merrimack St., Suite 400
Lawrence, MA 01843

- Gọi: 1-800-892-0890. TTY: 1-800-924-4222.
- www.agespan.org

**Aging Services of North Central Massachusetts**
680 Mechanic St., Suite 120
Leominster, MA 01453

- Gọi: 1-800-734-7312. TTY: 711.
- www.agingservicesma.org

**Boston Senior Home Care**
Lincoln Plaza, 89 South St. Suite 501
Boston, MA 02111

- Gọi: 1-617-451-6400. TTY: 1-617-451-6404.
- www.bostonseniorhomecare.info

**Bristol Aging & Wellness, Inc.**
1 Father DeValles Blvd., Unit 8
Fall River, MA 02723

- Gọi: 1-508-675-2101. TTY: 711.
- www.bristolelder.org

**Central Boston Elder Services, Inc.**
2315 Washington St.
Boston, MA 02119

- Gọi: 1-617-277-7416. TTY: 1-844-495-7400.
- www.centralboston.org

**Coastline Elderly Services, Inc.**
863 Belleville Ave.
New Bedford, MA 02745
- Gọi: 1-866-274-1643. TDD: 1-508-994-4265.
- www.coastlinenb.org

**Elder Services of Berkshire County, Inc.**
Văn Phòng Chính: 73 South Church St.
Pittsfield, MA 01201
- Gọi: 1-800-544-5242. TTY: 1-413-344-4372.
- www.esbci.org

**Elder Services of Cape Cod and the Islands, Inc.**
Văn Phòng Chính: 68 Route 134
South Dennis, MA 02660
- Gọi: 1-800-244-4630. TTY: 1-508-394-3712.
- www.escci.org

**Elder Services of Worcester Area, Inc.**
67 Millbrook St., Suite 100
Worcester, MA 01606
- Gọi: 1-800-243-5111. TTY: 711.
- www.eswa.org

**Ethos**
555 Amory St.
Jamaica Plain, MA 02130
- Gọi: 1-617-522-6700. TDD: 1-617-524-2687.
- www.ethocare.org

**Greater Lynn Senior Services, Inc.**
8 Silsbee St.
Lynn, MA 01901
- Gọi: 1-800-594-5164. TTY: 1-844-580-1926.
- www.glss.net

**Greater Springfield Senior Services, Inc.**
66 Industry Ave., Suite 9
Springfield, MA 01104
- Gọi: 1-800-649-3641. TTY: 1-413-733-1335.
- www.gsssi.org

**Health and Social Services Consortium, Inc. (HESSCO)**
545 South St., Suite 300
Walpole, MA 02081
- Gọi: 1-781-784-4944. TTY: 711.
- www.hessco.org

**Highland Valley Elder Services, Inc.**
320 Riverside Drive, Suite B
Florence, MA 01062
- Gọi: 1-413-586-2000 TTY: 711.
- www.highlandvalley.org

**LifePath, Inc.**
101 Munson St., Suite 201
Greenfield, MA 01301
- Gọi: 1-800-732-4636. TTY: 1-800-439-2370.
- www.lifepathma.org

**Minuteman Senior Services**
One Burlington Woods Drive, Suite 101
Burlington, MA 01803
- Gọi: 1-888-222-6171. TYY: 1-800-439-2370.
- www.minutemansenior.org

**Mystic Valley Elder Services, Inc.**
300 Commercial St., #19
Malden, MA 02148
- Gọi: 1-781-324-7705. TTY: 1-781-321-8880.
- www.mves.org

**Old Colony Elder Services**
144 Main St.
Brockton, MA 02301
- Gọi: 1-508-584-1561. TTY: 1-508-587-0280.
- www.ocesma.org

**SeniorCare Inc.**
Văn Phòng Chính: 49 Blackburn Center
Gloucester, MA 01930
- Gọi: 1-866-927-1050. TTY: 1-800-439-2370.
- www.seniorcareinc.org

**Springwell**
290 Donald Lynch Boulevard, Suite 204
Marlborough, MA 01752
- Gọi: 1-508-573-7200. TTY: 1-800-439-2370.
- www.springwell.com

**Springwell**
307 Waverley Oaks Rd., Suite 205
Waltham, MA 02452

- Gọi: 1-617-926-4100. TTY: 1-800-439-2370.
- www.springwell.com

**Tri-Valley, Inc.**
10 Mill St.
Dudley, MA 01571

- Gọi: 1-800-286-6640. TDD: 1-508-949-6654.
- www.trivalleyinc.org

## L2. MassOptions

MassOptions là một nguồn lực miễn phí, giúp người cao tuổi, người khuyết tật và người chăm sóc của họ tiếp cận thông tin về các lựa chọn chương trình có thể đáp ứng tốt nhất nhu cầu của họ.

| | |
|---|---|
| **GỌI** | 1-800-243-4636<br>9 giờ sáng đến 5 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu |
| **TTY** | 711 |
| **TRANG WEB** | www.massoptions.org |

## L3. Quyết Định Bảo Hiểm cho Thuốc Theo Toa Phần D

OptumRx là Đơn Vị Quản Lý Quyền lợi Nhà Thuốc (PBM) cho chương trình của chúng tôi. Để yêu cầu lấy quyết định bảo hiểm về các thuốc theo Medicare Phần D, thuốc theo toa MassHealth (Medicaid) và thuốc không kê toa MassHealth, quý vị có thể liên hệ trực tiếp với OptumRx. Thông tin liên hệ được liệt kê bên dưới:

| | |
|---|---|
| **GỌI** | 1-844-657-0494. Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí.<br>Nếu quý vị cần sự hỗ trợ, sẽ có người túc trực 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. |
| **TTY** | 711<br>Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí.<br>Nếu quý vị cần sự hỗ trợ, sẽ có người túc trực 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. |
| **FAX** | 1-844-403-1028 |
| **VIẾT THƯ** | OptumRx<br>Prior Authorization Department<br>P.O. Box 2975<br>Mission, KS 66201 |
| **TRANG WEB** | fallonhealth.org/navicare |

Để biết thêm về quyết định bảo hiểm về các thuốc của quý vị, tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

# Chương 3: Sử dụng bảo hiểm của chương trình của chúng tôi cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị và các dịch vụ khác được đài thọ

## Giới Thiệu

Chương này có các điều khoản và quy tắc cụ thể mà quý vị cần biết để nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ khác được đài thọ với chương trình của chúng tôi. Trong đây cũng có thông tin về Điều Hướng Viên của quý Vị, cách nhận dịch vụ chăm sóc từ các loại nhà cung cấp khác nhau và trong một số trường hợp đặc biệt (kể cả từ các nhà cung cấp hoặc nhà thuốc ngoài mạng lưới), việc cần làm nếu quý vị nhận được hóa đơn trực tiếp cho các dịch vụ mà chúng tôi đài thọ và các quy tắc sở hữu Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME). Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được cung cấp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối cùng của *Sổ Tay Hội Viên* này.

## Mục lục

A. Thông tin về dịch vụ và nhà cung cấp ..... 42

B. Quy tắc nhận các dịch vụ được đài thọ trong chương trình của chúng tôi ..... 42

C. Điều Hướng Viên Của Quý Vị ..... 45
C1. Điều Hướng Viên Là Ai ..... 45
C2. Cách quý vị có thể liên hệ với Điều Hướng Viên ..... 45
C3. Cách quý vị có thể thay đổi Điều Hướng Viên ..... 46

D. Dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp ..... 46
D1. Dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) ..... 46
D2. Dịch vụ chăm sóc của bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp khác trong mạng lưới ..... 50
D3. Khi nhà cung cấp rời khỏi chương trình của chúng tôi ..... 51
D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới ..... 52

E. Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) ..... 53

F. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và điều trị rối loạn do sử dụng dược chất) ..... 53

G. Cách nhận dịch vụ chăm sóc tự định hướng ..... 54
G1. Chăm sóc tự định hướng là gì ..... 54
G2. Người có thể nhận dịch vụ chăm sóc tự định hướng ..... 54
G3. Cách nhận trợ giúp trong việc tuyển dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cá nhân (nếu áp dụng) ..... 54

G4. Cách yêu cầu gửi bản sao của tất cả các thông báo bằng văn bản cho những người tham gia nhóm chăm sóc mà thành viên xác định ..... 54

H. Dịch vụ vận chuyển ..... 55

I. Dịch Vụ Nha Khoa và Nhãn Khoa ..... 55
I1. Dịch vụ nha khoa ..... 55
I2. Dịch Vụ Nhãn Khoa ..... 56

J. Các dịch vụ được đài thọ trong trường hợp cấp cứu y tế, trường hợp cần thiết khẩn cấp hoặc trong thảm họa ..... 57
J1. Chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế ..... 57
J2. Chăm sóc cần thiết khẩn cấp ..... 59
J3 Chăm sóc trong trường hợp thảm họa ..... 60

K. Điều gì sẽ xảy ra nếu các dịch vụ được đài thọ bị lập hóa đơn trực tiếp cho quý vị ..... 60
K1. Phải làm gì nếu chương trình của chúng tôi không đài thọ các dịch vụ ..... 60

L. Bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong công trình nghiên cứu lâm sàng ..... 61
L1. Định nghĩa công trình nghiên cứu lâm sàng ..... 61
L2. Thanh toán cho các dịch vụ khi quý vị đang tham gia công trình nghiên cứu lâm sàng ..... 62
L3. Thông tin thêm về công trình nghiên cứu lâm sàng ..... 62

M. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được đài thọ như thế nào trong tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo ..... 63
M1. Định nghĩa tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo ..... 63
M2. Chăm sóc do tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo cung cấp ..... 63

N. Thiết bị y tế lâu bền (DME) ..... 64
N1. Quyền lợi DME hội viên của chương trình chúng tôi ..... 64
N2. Quyền sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare ..... 64
N3. Quyền lợi về thiết bị cung cấp oxy khi là hội viên của chương trình chúng tôi ..... 65
N4. Thiết bị cung cấp oxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc chương trình Medicare Advantage (MA) khác ..... 65

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

**Dịch vụ** là các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS), vật tư, dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, thuốc theo toa và thuốc không kê toa, thiết bị và các dịch vụ khác. **Dịch vụ được đài thọ** là bất kỳ dịch vụ nào trong số này được chương trình của chúng tôi chi trả. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi và LTSS được đài thọ sẽ được nêu trong **Chương 4** của *Sổ Tay Hội Viên* này. Các dịch vụ được đài thọ đối với thuốc theo toa và thuốc không kê toa được nêu trong **Chương 5** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

**Nhà cung cấp** là bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp dịch vụ và chăm sóc cho quý vị và được tiểu bang cấp phép. Nhà cung cấp cũng bao gồm bệnh viện, cơ sở chăm sóc sức khỏe tại nhà, phòng khám và những nơi khác cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, thiết bị y tế và một số LTSS nhất định.

**Nhà cung cấp trong mạng lưới** là các nhà cung cấp làm việc với chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp này đồng ý chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi là thanh toán đầy đủ. Chúng tôi đã sắp xếp để các nhà cung cấp này cung cấp dịch vụ được đài thọ cho quý vị. Nhà cung cấp trong mạng lưới sẽ lập hóa đơn trực tiếp cho chúng tôi đối với dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị. Khi sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị thường không phải chi trả cho các dịch vụ được đài thọ.

## B. Quy tắc nhận các dịch vụ được đài thọ trong chương trình của chúng tôi

Chương trình của chúng tôi đài thọ tất cả các dịch vụ được bao trả theo Medicare và MassHealth (Medicaid). Phạm vi này bao gồm dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, LTSS, thuốc theo toa và thuốc không kê toa (OTC).

Chương trình của chúng tôi sẽ chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi và LTSS mà quý vị nhận được khi tuân thủ các quy tắc của chúng tôi. Để hội đủ điều kiện được đài thọ theo chương trình của chúng tôi:

- Dịch vụ chăm sóc cho quý vị phải được đưa vào Bảng Liệt Kê Quyền Lợi Y Tế của chúng tôi trong **Chương 4** của *Sổ Tay Hội Viên* này.
- Dịch vụ chăm sóc phải **cần thiết về mặt y tế**. Sự cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ phải hợp lý và cần thiết:
    - Để chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc thương tích của quý vị; hoặc
    - Để cải thiện chức năng của một bộ phận cơ thể bị biến dạng; **hoặc**
    - Cần thiết về mặt y tế theo quy định của Medicare

- Theo luật và quy định của MassHealth (Medicaid) và theo MassHealth (Medicaid), các dịch vụ là cần thiết về mặt y tế nếu:
    - Các dịch vụ đó có thể được dự tính một cách hợp lý là nhằm phòng ngừa, chẩn đoán, ngăn ngừa tình trạng bệnh trở nặng, giảm nhẹ, khắc phục hoặc chữa khỏi các tình trạng đe dọa tính mạng, gây đau đớn hoặc khổ sở cho quý vị, gây biến dạng hoặc rối loạn chức năng cơ thể, có nguy cơ gây ra hoặc làm trầm trọng thêm tình trạng khuyết tật, hoặc dẫn đến bệnh tật hoặc suy nhược; **và**
    - Không có dịch vụ y tế hoặc nơi cung cấp dịch vụ nào khác có sẵn, hoạt động tốt, phù hợp với quý vị và ít tốn kém hơn. Chất lượng của các dịch vụ cần thiết về mặt y tế phải đáp ứng các tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe được công nhận về mặt chuyên môn, và các dịch vụ cần thiết về mặt y tế cũng phải được hỗ trợ bằng các hồ sơ, gồm cả bằng chứng về sự cần thiết về mặt y tế và chất lượng như vậy.
    - Ngoài ra, một dịch vụ là cần thiết về mặt y tế khi dịch vụ có thể:
        - » Giúp quý vị khỏe hơn, giữ nguyên hoặc cải thiện sức khỏe hoặc hoạt động hàng ngày của quý vị; hoặc
        - » Ngăn ngừa sức khỏe hoặc chức năng của quý vị trở nên tồi tệ hơn nếu dịch vụ chăm sóc bị trì hoãn, giảm hoặc không được cung cấp.
- Nếu có thắc mắc về việc một dịch vụ có cần thiết về mặt y tế hay không, quý vị có thể liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.
- Đối với các dịch vụ y tế, quý vị phải có một **nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP)** trong mạng lưới để cung cấp và giám sát việc chăm sóc cho quý vị. Là hội viên chương trình, quý vị phải chọn một nhà cung cấp trong mạng lưới làm PCP (vui lòng xem thêm thông tin ở **Mục D1**).
    - Trong hầu hết các trường hợp, PCP trong mạng lưới của quý vị phải chấp thuận trước khi quý vị có thể sử dụng một nhà cung cấp không phải là PCP hay sử dụng nhà cung cấp khác trong mạng lưới chương trình của chúng tôi. Đây được gọi là **sự giới thiệu**. Nếu quý vị không nhận được sự chấp thuận, thì chúng tôi có thể không chi trả cho các dịch vụ đó.
    - PCP trong chương trình của chúng tôi được liên kết với các nhóm y tế. Khi chọn PCP cho mình, quý vị cũng chọn nhóm y tế được liên kết. Điều này có nghĩa là PCP giới thiệu quý vị đến các bác sĩ chuyên khoa và dịch vụ cũng được liên kết với nhóm y tế đó. Nhóm y tế là một mạng lưới bác sĩ cộng tác để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Các bác sĩ này có thể làm việc trong cùng một văn phòng hoặc ở nhiều địa điểm, chia sẻ hồ sơ và hệ thống văn phòng để bảo đảm khả năng phối hợp chăm sóc. Nhóm y tế có thể là chuyên khoa hoặc đa khoa, họ có thể hoạt động độc lập hoặc là một phần của hệ thống chăm sóc sức khỏe lớn hơn. Nhóm y tế làm việc với các chương trình bảo hiểm sức khỏe để phục vụ các hội viên chương trình, xác định cách thức cung cấp dịch vụ chăm sóc và quản lý việc giới thiệu đến các bác sĩ chuyên khoa trong nhóm. Cấu trúc này tạo nên một hệ thống tích hợp hơn cho quá trình chăm sóc bệnh nhân, nâng cao tính hiệu quả và chất lượng của dịch vụ.
    - Quý vị không cần sự giới thiệu của PCP cho dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết khẩn cấp hay để sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe phụ nữ. Quý vị có

thể nhận các hình thức chăm sóc khác mà không cần có giấy giới thiệu từ PCP của quý vị (đi đến **Mục D1** để biết thêm thông tin).

- **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp trong mạng lưới** (vui lòng xem thêm thông tin ở **Mục D của** chương này). Thông thường, chúng tôi sẽ không đài thọ dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp
không hoạt động với chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ phải chi trả cho nhà cung cấp toàn bộ chi phí cho các dịch vụ nhận được. Dưới đây là một số trường hợp không áp dụng quy tắc này:

  - Nếu quý vị cần cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới (để biết thêm thông tin, vui lòng chuyển đến **Mục J**).

  - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc mà chương trình của chúng tôi đài thọ nhưng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi không thể cung cấp dịch vụ đó, thì quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc này của nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Quý vị phải nhận được sự cho phép từ chương trình trước khi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Trong tình huống này, chúng tôi đài thọ miễn phí dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Để biết thông tin về việc nhận sự chấp thuận sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới, vui lòng chuyển đến **Mục D4**.

  - Nếu quý vị cần dịch vụ lọc thận khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình của chúng tôi trong một thời gian ngắn hoặc khi nhà cung cấp của quý vị tạm thời không làm việc hoặc không tiếp cận được, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

# C. Điều Hướng Viên Của Quý Vị

## C1. Điều Hướng Viên Là Ai

Điều Hướng Viên là người được đào tạo, làm việc cho chương trình của chúng tôi để điều phối các dịch vụ chăm sóc cho quý vị.

Điều Hướng Viên là thành viên của Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành (ICT) và hợp tác chặt chẽ với Y Tá Quản Lý Trường Hợp (NCM), nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) và các nhà cung cấp khác để giúp điều phối việc chăm sóc và đảm bảo rằng người ghi danh nhận được các dịch vụ cần thiết, phù hợp với Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa (ICP). Điều Hướng Viên biện hộ thay mặt cho người ghi danh của họ và có vai trò quan trọng trong việc giảm bớt khoảng trống giữa các dịch vụ chăm sóc, cũng như hướng dẫn người ghi danh về các lợi ích họ được hưởng.

Tất cả những người ghi danh tham gia chương trình Lựa Chọn Chăm Sóc Cho Người Cao Tuổi (SCO) cũng có quyền có Điều Phối Viên Dịch Vụ Hỗ Trợ Người Cao Tuổi (GSSC) và/hoặc NMC trong nhóm chăm sóc của họ.

GSSC và/hoặc NCM sẽ làm việc với quý vị với tư cách là thành viên trong chương trình SCO của quý vị để tìm các nguồn lực và dịch vụ trong cộng đồng của quý vị có thể hỗ trợ các mục tiêu sức khỏe, độc lập và phục hồi của quý vị. Các dịch vụ này đôi khi được gọi là dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS). GSSC và/hoặc NCM cũng có thể giúp quý vị tiếp cận các nguồn lực và dịch vụ sức khỏe hành vi.

GSSC không làm việc với các chương trình SCO. Họ là người của Điểm Tiếp Cận Dịch Vụ Chăm Sóc Người Cao Tuổi (ASAP) và là chuyên gia trong các lĩnh vực như sống độc lập, phục hồi và lão hóa. Điều này có nghĩa là họ có thể làm việc cho quý vị và giúp quý vị biện hộ cho nhu cầu của mình.

Quý vị có thể chọn để GSSC làm việc với quý vị với tư cách là thành viên chính thức của nhóm chăm sóc của quý vị bất cứ lúc nào. Đây là dịch vụ hoàn toàn miễn phí cho quý vị.

NCM là Y Tá Đã Đăng Ký được cấp phép ở Massachusetts, những người được chương trình tuyển dụng. Họ đánh giá tình trạng lâm sàng/chức năng của người ghi danh và phát triển các kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa để phối hợp chăm sóc phù hợp với nhu cầu, mục tiêu và ưu tiên chăm sóc sức khỏe của người ghi danh. NCM tham gia vào ICT và điều phối việc chăm sóc trong suốt quá trình liên tục của các nhà cung cấp và dịch vụ, bao gồm cả trong quá trình chuyển đổi chăm sóc.

## C2. Cách quý vị có thể liên hệ với Điều Hướng Viên

Quý vị có thể liên hệ với Điều Hướng Viên của mình bằng cách gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số 1-877-700-6996 (TTY 711).

### C3. Cách quý vị có thể thay đổi Điều Hướng Viên

Để yêu cầu thay đổi qua Điều Hướng Viên, gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số 1-877-700-6996 (TTY 711).

## D. Dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp

### D1. Dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP)

Quý vị phải chọn một PCP để cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc của mình. PCP trong chương trình của chúng tôi được liên kết với các nhóm y tế. Khi chọn PCP cho mình, quý vị cũng chọn nhóm y tế được liên kết.

#### Định nghĩa PCP và những việc PCP làm cho quý vị

PCP là nhà cung cấp 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. Như chúng tôi giải thích bên dưới, quý vị sẽ nhận được dịch vụ chăm sóc định kỳ hoặc cơ bản từ PCP của quý vị. 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 chương trình. Chẳng hạn, để gặp bác sĩ chuyên khoa, quý vị thường cần nhận được sự chấp thuận của PCP trước (việc này được gọi là nhận "giới thiệu" đến gặp chuyên gia). Quý vị chỉ có thể tự nhận một số loại dịch vụ được đài thọ mà không cần liên hệ trước với PCP của mình để được giới thiệu.

Nhóm y tế là một mạng lưới bác sĩ cộng tác để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Các bác sĩ này có thể làm việc trong cùng một văn phòng hoặc ở nhiều địa điểm, chia sẻ hồ sơ và hệ thống văn phòng để bảo đảm khả năng phối hợp chăm sóc. Nhóm y tế có thể là chuyên khoa hoặc đa khoa, họ có thể hoạt động độc lập hoặc là một phần của hệ thống chăm sóc sức khỏe lớn hơn. Nhóm y tế làm việc với các chương trình bảo hiểm sức khỏe để phục vụ các hội viên chương trình, xác định cách thức cung cấp dịch vụ chăm sóc và quản lý việc giới thiệu đến các bác sĩ chuyên khoa trong nhóm. Cấu trúc này tạo nên một hệ thống tích hợp hơn cho quá trình chăm sóc bệnh nhân, nâng cao tính hiệu quả và chất lượng của dịch vụ.

Các bác sĩ đủ tiêu chuẩn chuyên khoa hoặc được chứng nhận chuyên khoa trong các lĩnh vực thăm khám gia đình, nhi khoa, nội khoa, sản khoa hoặc phụ khoa có thể đảm nhận vai trò PCP. Các nhà cung cấp khác có thể phục vụ như PCP bao gồm: Chuyên Viên Điều Dưỡng được cấp toàn quyền hành nghề ở Massachusetts và Trợ Lý Bác Sĩ làm việc dưới sự giám sát của bác sĩ.

PCP sẽ xác định quý vị sử dụng chuyên gia và bệnh viện nào, vì họ chỉ có liên kết với một số bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện nhất định trong mạng lưới của chúng tôi. PCP không tiếp cận được hết tất cả các bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện trong mạng lưới của chúng tôi.

PCP sẽ cung cấp hầu hết dịch vụ chăm sóc cho quý vị và sẽ giúp quý vị sắp xếp hoặc điều phối các dịch vụ được đài thọ còn lại mà quý vị nhận được với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi. Các dịch vụ này bao gồm:

- X-quang
- Xét nghiệm
- Liệu pháp
- Dịch vụ chăm sóc của bác sĩ chuyên khoa
- Các dịch vụ của bệnh viện ngoại trú

- Dịch vụ chăm sóc tại nhà
- Thiết bị y tế lâu bền và vật tư y tế
- Dịch vụ nhập viện
- Dịch vụ chăm sóc theo dõi

Hoạt động "điều phối" các dịch vụ của quý vị bao gồm việc kiểm tra hoặc tham vấn các nhà cung cấp khác trong mạng lưới về việc chăm sóc quý vị và tiến trình chăm sóc. Nếu quý vị cần một số loại dịch vụ hoặc vật tư được đài thọ nhất định, thì quý vị phải nhận được sự phê duyệt trước của PCP (ví dụ: giới thiệu quý vị đến gặp bác sĩ chuyên khoa). Trong một số trường hợp, PCP của quý vị sẽ cần nhận được sự ủy quyền trước (chấp thuận trước) của chúng tôi.

PCP của quý vị có trách nhiệm:

- Đóng góp cho Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa (ICP) của quý vị tại thời điểm ghi danh chương trình và liên tục
- Cung cấp chỉ dẫn lâm sàng tổng thể
- Cung cấp các dịch vụ y tế ban đầu, bao gồm chăm sóc cấp tính và chăm sóc phòng ngừa
- Giới thiệu quý vị đến các nhà cung cấp chuyên khoa nếu phù hợp về mặt y tế
- Lập hồ sơ và tuân thủ các chỉ thị nâng cao về mong muốn của quý vị đối với các quyết định điều trị và chăm sóc sức khỏe trong tương lai

**Lựa chọn PCP của quý vị**

Quý vị có thể tìm kiếm PCP bằng cách xem *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* trên trang web của chúng tôi tại fallonhealth.org/navicare, hoặc bằng cách gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo các số ở cuối trang. Nếu quý vị muốn sử dụng một bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể, vui lòng kiểm tra trước để bảo đảm PCP của quý vị viết giấy giới thiệu cho bác sĩ chuyên khoa đó hoặc sử dụng bệnh viện đó. Quý vị có thể tìm trong *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* hoặc hỏi Phòng Dịch Vụ Ghi Danh xem PCP theo ý muốn của quý vị có giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa đó hay sử dụng bệnh viện đó không.

Khi đã chọn được PCP, quý vị phải thông báo cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh về sự lựa chọn đó bằng cách gọi cho các số ở cuối trang hoặc truy cập trực tuyến fallonhealth.org/navicare (nhấp vào "MyFallon online tools" (Công cụ trực tuyến MyFallon) trong "Member resources" (Tài nguyên của hội viên)). Nếu quý vị không chọn PCP, thì chúng tôi sẽ chọn một PCP cho quý vị.

**Tùy chọn thay đổi PCP của quý vị**

Quý vị có thể thay đổi PCP vì bất kỳ lý do gì, bất cứ lúc nào. Cũng có thể xảy ra trường hợp PCP của quý vị rời khỏi mạng lưới chương trình của chúng tôi. Nếu PCP của quý vị rời khỏi mạng lưới của chúng tôi, thì chúng tôi có thể giúp quý vị tìm một PCP mới trong mạng lưới.

Để thay đổi PCP, quý vị vui lòng làm theo các bước tương tự như quy trình chọn PCP (được mô tả ở trên). Nếu quý vị gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh, vui lòng thông báo nếu quý vị đang thăm khám với bác sĩ chuyên khoa hoặc đang nhận các dịch vụ được đài thọ khác cần sự chấp thuận của PCP (ví dụ: dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà và một số thiết bị y tế lâu bền). Phòng Dịch Vụ Ghi Danh sẽ kiểm tra để bảo đảm PCP mà quý vị muốn chuyển sang vẫn chấp nhận bệnh nhân mới. Phòng Dịch Vụ Ghi Danh sẽ thay đổi hồ sơ hội viên của quý vị để thể hiện tên PCP mới của quý vị và cho quý vị biết việc thay đổi PCP mới của quý vị sẽ có hiệu lực từ thời điểm nào. Chúng tôi cũng sẽ gửi thư xác nhận thay đổi cho quý vị.

PCP trong chương trình của chúng tôi được liên kết với các nhóm y tế. Nếu quý vị thay đổi PCP, thì có thể quý vị cũng thay đổi nhóm y tế. Khi quý vị yêu cầu thay đổi, vui lòng thông báo cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh nếu quý vị sử dụng bác sĩ chuyên khoa hoặc nhận các dịch vụ được đài thọ khác phải có sự chấp thuận của PCP. Phòng Dịch Vụ Ghi Danh sẽ giúp quý vị duy trì sự chăm sóc đặc biệt và các dịch vụ khác khi quý vị thay đổi PCP.

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

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

- Dịch vụ cấp cứu của nhà cung cấp trong hoặc ngoài mạng lưới.
- Các dịch vụ được đài thọ, cấp thiết, cần đến sự chăm sóc y tế ngay lập tức (nhưng không phải là trường hợp cấp cứu) nếu quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi hoặc nếu các yếu tố thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị khiến cho việc nhận dịch vụ này từ nhà cung cấp trong mạng lưới trở nên không hợp lý. Có thể lấy ví dụ về dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh y tế và thương tích không lường trước được hoặc bùng phát bất ngờ các tình trạng hiện có. Các lần thăm khám cần thiết về mặt y tế, định kỳ với nhà cung cấp (như khám sức khỏe hằng năm) không được coi là cần thiết khẩn cấp, ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi hoặc mạng lưới của chúng tôi tạm thời không hoạt động.
- Các dịch vụ lọc thận mà quý vị nhận ở cơ sở thẩm tách được Medicare chứng nhận khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi. Vui lòng gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh trước khi quý vị rời khỏi khu vực dịch vụ. Chúng tôi có thể giúp quý vị nhận dịch vụ chạy thận khi quý vị đi xa.
- Chích ngừa cúm và vắc-xin COVID-19, cũng như vắc-xin viêm phổi miễn là quý vị nhận được chúng từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Chăm sóc sức khỏe phụ nữ định kỳ. Phạm vi này bao gồm cả những lần khám vú, chụp X-quang vú sàng lọc, xét nghiệm Pap và thăm khám vùng chậu, miễn là quý vị nhận được các dịch vụ này từ một nhà cung cấp trong mạng lưới.
- Ngoài ra, nếu đủ điều kiện nhận dịch vụ từ các nhà cung cấp dịch vụ y tế Ấn Độ, quý vị có thể sử dụng các nhà cung cấp này mà không cần giới thiệu.
- Dịch vụ cấp cứu của nhà cung cấp trong hoặc ngoài mạng lưới.
- Dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các dịch vụ được đài thọ theo chương trình, yêu cầu sự chăm sóc y tế ngay lập tức nhưng không phải là trường hợp cấp cứu, được cung cấp khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc nếu các yếu tố thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị khiến cho việc nhận dịch vụ này từ nhà cung cấp trong mạng lưới, có hợp đồng với chương trình trở nên không hợp lý. Có thể lấy ví dụ về dịch vụ cần thiết khẩn cấp là các bệnh y tế và thương tích không lường trước được hoặc bùng phát bất ngờ các tình trạng hiện có. Tuy nhiên, các lần thăm khám cần thiết về mặt y tế, định kỳ với nhà cung cấp (như khám sức khỏe hằng năm) không được coi là cần thiết khẩn cấp ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc mạng lưới chương trình tạm thời không hoạt động.

- Dịch vụ châm cứu với một nhà cung cấp trong mạng lưới cho đến lần thăm khám thứ 20. Để các dịch vụ châm cứu được đài thọ sau 20 lần thăm khám, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải nhận được sự ủy quyền trước (chấp thuận trước) từ chương trình.
- Dịch vụ nắn khớp với nhà cung cấp trong mạng lưới
- Chăm sóc nha khoa phòng ngừa do nha sĩ trong mạng lưới cung cấp. Để các dịch vụ chẩn đoán, nội nha, dịch vụ tổng quát bổ trợ, dịch vụ phục hồi, dịch vụ phục hình răng (cố định và tháo lắp), nha chu, implant và các dịch vụ liên quan, cũng như phẫu thuật miệng - hàm mặt được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình. Các yêu cầu ủy quyền phải được nhà cung cấp dịch vụ nha khoa trong mạng lưới đang điều trị cho quý vị gửi trực tiếp đến DentaQuest, đơn vị quản lý quyền lợi nha khoa của chương trình, để được xem xét.
- Các dịch vụ nội trú trong bệnh viện tâm thần
- Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú. Để dịch vụ Liệu Pháp Kích Thích Từ Trường Xuyên Sọ (TMS), Liệu Pháp Sốc Điện (ECT) và Liệu Pháp Ngoại Trú Chuyên Sâu (IOP) được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.
- Dịch vụ điều trị tình trạng phụ thuộc opioid
- Dịch vụ điều trị ngoại trú tình trạng rối loạn do sử dụng chất kích thích. Để dịch vụ Liệu Pháp Ngoại Trú Chuyên Sâu (IOP) được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.
- Theo dõi ngoại trú
- Vật lý trị liệu ngoại trú với một nhà cung cấp trong mạng lưới đến lần thăm khám thứ 60. Để dịch vụ vật lý trị liệu được đài thọ sau 60 lần thăm khám, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.
- Trị liệu hoạt động ngoại trú với một nhà cung cấp trong mạng lưới cho đến lần thăm khám thứ 60. Để dịch vụ trị liệu hoạt động được đài thọ sau 60 lần thăm khám, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.
- Âm ngữ trị liệu ngoại trú với một nhà cung cấp trong mạng lưới cho đến lần thăm khám thứ 35. Để dịch vụ âm ngữ trị liệu được đài thọ sau 35 lần thăm khám, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.
- Các dịch vụ phòng ngừa được Medicare đài thọ miễn là quý vị tiếp nhận dịch vụ từ một nhà cung cấp trong mạng lưới
- Chương trình cai thuốc lá bổ sung của chúng tôi
- Đường dây nóng điều dưỡng
- Khám mắt định kỳ miễn là quý vị tiếp nhận dịch vụ từ nhà cung cấp EyeMed

Nếu quý vị không chắc mình có cần được giới thiệu để nhận dịch vụ hoặc sử dụng nhà cung cấp khác hay không, vui lòng hỏi Điều Hướng Viên, PCP của quý vị hoặc gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số 1-877-700-6996 (TTY 711).

### D2. Dịch vụ chăm sóc của bác sĩ chuyên khoa và nhà cung cấp khác trong mạng lưới

Bác sĩ chuyên khoa là bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đối với một bệnh hoặc bộ phận cụ thể trên cơ thể. Có nhiều kiểu bác sĩ chuyên khoa, ví dụ:

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

Điều rất quan trọng là quý vị phải nhận được sự giới thiệu (chấp thuận trước) của PCP trước khi đến gặp bác sĩ chuyên khoa hoặc một số nhà cung cấp khác trong mạng lưới (có một vài ngoại lệ, bao gồm việc chăm sóc sức khỏe phụ nữ định kỳ như chúng tôi đã giải thích trước trong phần này). Nếu quý vị không có được sự giới thiệu (chấp thuận trước) trước khi nhận dịch vụ của bác sĩ chuyên khoa, thì quý vị có thể phải tự chi trả cho các dịch vụ này.

Nếu bác sĩ chuyên khoa cảm thấy quý vị cần các dịch vụ chuyên khoa bổ sung, thì người đó sẽ yêu cầu lấy ủy quyền trực tiếp từ NaviCare HMO SNP hoặc NaviCare NHC HMO SNP.

Đối với một số loại giới thiệu, PCP của quý vị có thể cần lấy sự chấp thuận trước (gọi là nhận "ủy quyền trước") từ chương trình của chúng tôi.

Sự ủy quyền trước có thể là cần thiết cho một số dịch vụ (vui lòng xem **Chương 4** để biết các dịch vụ nào cần được ủy quyền trước). Quý vị có thể nhận ủy quyền từ chương trình. Trước khi dịch vụ được cung cấp, quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị, bao gồm cả nhà cung cấp không ký hợp đồng, có thể hỏi chương trình để biết dịch vụ đó có được đài thọ không. Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu nhận quyết định này bằng văn bản. Quy trình này được gọi là "quyết định nâng cao". Nếu chúng tôi nói sẽ không đài thọ các dịch vụ cho quý vị, thì quý vị (hoặc nhà cung cấp của quý vị) có quyền khiếu nại quyết định đó của chúng tôi. **Chương 9** sẽ cung cấp thêm thông tin về những việc cần làm nếu quý vị muốn nhận quyết định bảo hiểm của chúng tôi hoặc muốn khiếu nại quyết định chúng tôi đã đưa ra.

Nếu không có quyết định nâng cao, quý vị cũng có thể nhận sự ủy quyền của nhà cung cấp trong mạng lưới giới thiệu người ghi danh đến một bác sĩ chuyên khoa bên ngoài mạng lưới của chương trình để nhận dịch vụ, với điều kiện là dịch vụ không bị loại trừ rõ ràng khỏi phạm vi bảo hiểm của chương trình như nội dung trong **Chương 4**.

Nếu quý vị muốn sử dụng bác sĩ chuyên khoa cụ thể, vui lòng tìm hiểu xem PCP của quý vị có gửi bệnh nhân đến gặp bác sĩ chuyên khoa này không. Mỗi PCP trong chương trình có các bác sĩ chuyên khoa nhất định mà họ sẽ giới thiệu, vì họ chỉ có liên kết với một số bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện trong mạng lưới của chúng tôi. PCP không tiếp cận được hết tất cả các bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện trong mạng lưới của chúng tôi. Điều này có nghĩa là PCP quý vị chọn có thể xác định các bác sĩ

chuyên khoa mà quý vị có thể gặp. Thông thường, quý vị có thể thay đổi PCP của mình bất cứ lúc nào nếu muốn gặp bác sĩ chuyên khoa trong chương trình mà PCP hiện tại của quý vị không thể giới thiệu cho quý vị. Vui lòng tham khảo phần "Thay đổi PCP của quý vị" ở trên, trong đó có thông tin về cách thay đổi PCP của quý vị. Nếu quý vị muốn sử dụng bệnh viện cụ thể, thì quý vị phải tìm hiểu xem bác sĩ mà quý vị định gặp có sử dụng các bệnh viện này không.

### D3. Khi nhà cung cấp rời khỏi chương trình của chúng tôi

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

- Ngay cả khi mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi thay đổi trong năm, chúng tôi vẫn phải cung cấp cho quý vị quyền tiếp cận không bị gián đoạn với các nhà cung cấp đủ điều kiện.

- Chúng tôi sẽ báo cho quý vị rằng nhà cung cấp của quý vị sắp 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 hoặc chăm sóc sức khỏe hành vi chính của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, thì chúng tôi sẽ báo cho quý vị nếu quý vị đã thăm khám với nhà cung cấp đó trong ba năm vừa qua.

    - Nếu bất kỳ nhà cung cấp nào khác của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, thì chúng tôi sẽ báo cho quý vị nếu quý vị được chỉ định cho nhà cung cấp đó, hiện đang nhận dịch vụ chăm sóc của họ hoặc thăm khám với họ trong vòng ba tháng vừa qua.

- Chúng tôi giúp quý vị chọn một nhà cung cấp đủ điều kiện mới trong mạng lưới để tiếp tục quản lý các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.

- Nếu quý vị hiện đang được điều trị y tế hoặc trị liệu với nhà cung cấp hiện tại, thì quý vị có quyền yêu cầu tiếp tục nhận sự điều trị hoặc trị liệu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi sẽ làm việc với quý vị để quý vị có thể tiếp tục được chăm sóc.

- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về các giai đoạn ghi danh có sẵn và các tùy chọn quý vị có thể có để thay đổi chương trình.

- Nếu chúng tôi không thể tìm thấy trong mạng lưới một bác sĩ chuyên khoa đủ điều kiện và có thể tiếp cận đối với quý vị, thì chúng tôi phải sắp xếp một bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị khi không có sẵn quyền lợi hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới nào hoặc các yếu tố đó không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị. Để các dịch vụ ngoài mạng lưới được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.

- Nếu quý vị biết được một trong những nhà cung cấp của mình sắp rời khỏi chương trình của chúng tôi, vui lòng liên hệ với chúng tôi. Chúng tôi có thể giúp quý vị chọn nhà cung cấp mới để quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị.

- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không thay thế nhà cung cấp trước đây của quý vị bằng một nhà cung cấp đủ điều kiện hoặc chúng tôi không quản lý tốt dịch vụ chăm sóc của quý vị, thì quý vị có quyền gửi than phiền về chất lượng chăm sóc cho Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO) hoặc gửi phàn nàn về chất lượng chăm sóc hoặc cả hai. (Tham khảo **Chương 9, Mục K,** để biết thêm thông tin.)

### D4. Nhà cung cấp ngoài mạng lưới

Quý vị có thể nhận dịch vụ của nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi các nhà cung cấp dịch vụ chuyên biệt không sẵn sàng trong mạng lưới. Để các dịch vụ của nhà cung cấp ngoài mạng lưới được đài thọ, nhà cung cấp trong mạng lưới (thường là PCP) của quý vị phải yêu cầu lấy sự ủy quyền trước (chấp thuận trước) từ chương trình. Yêu cầu ủy quyền trước sẽ được nhân viên của Chương Trình Quản Lý Sử Dụng của NaviCare xem xét, họ là những người được đào tạo để hiểu lĩnh vực chuyên môn của bác sĩ chuyên khoa và sẽ cố gắng xác định xem dịch vụ đó có sẵn trong mạng lưới bác sĩ chuyên khoa của NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP hay không. Nếu dịch vụ không có sẵn trong mạng lưới chương trình của quý vị, thì yêu cầu của quý vị sẽ được chấp thuận. Có thể có một số giới hạn nhất định đối với việc chấp nhận, ví dụ như chỉ một lần thăm khám tư vấn ban đầu hoặc một loại dịch vụ hay số lượng dịch vụ được chỉ định. Nếu các dịch vụ của bác sĩ chuyên khoa có sẵn trong mạng lưới chương trình của quý vị, thì yêu cầu sử dụng dịch vụ ngoài mạng lưới có thể bị từ chối vì lý do "các dịch vụ có sẵn trong mạng lưới". Tương tự như với bất kỳ sự từ chối nào, quý vị sẽ có khả năng khiếu nại quyết định đó.

Chương trình của chúng tôi đài thọ các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp ngoài Hoa Kỳ (trên toàn thế giới) trong các trường hợp sau: dịch vụ khẩn cấp, bao gồm cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết khẩn cấp và vận chuyển bằng xe cấp cứu từ hiện trường cấp cứu đến cơ sở điều trị y tế gần nhất. Dịch vụ vận chuyển từ một quốc gia khác về Hoa Kỳ không được đài thọ. Các phương pháp điều trị được lên lịch trước, được lên kế hoạch trước (bao gồm lọc máu cho bệnh trạng đang diễn ra), dịch vụ chăm sóc/thăm khám định kỳ và/hoặc các thủ thuật tự chọn không được đài thọ bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.

Nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới, thì nhà cung cấp đó phải đủ điều kiện tham gia Medicare và/hoặc MassHealth (Medicaid).

- Chúng tôi không thể chi trả cho nhà cung cấp không đủ điều kiện tham gia Medicare và/hoặc MassHealth (Medicaid).

- Nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp không đủ điều kiện tham gia Medicare, thì quý vị phải chi trả toàn bộ chi phí cho các dịch vụ nhận được.

- Nhà cung cấp phải báo cho quý vị biết nếu họ không đủ điều kiện tham gia Medicare.

## E. Dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS)

Điều Phối Viên Dịch Vụ Hỗ Trợ Người Cao Tuổi (GSSC) sẽ sắp xếp đánh giá tại nhà để xác định LTSS đáp ứng tốt nhất nhu cầu sức khỏe của quý vị. Việc điều phối các dịch vụ tại nhà sẽ có sự tham gia của nhân viên Điểm Tiếp Cận Dịch Vụ Chăm Sóc Người Cao Tuổi (ASAP). GSSC cũng có thể giúp quý vị tiếp cận các nguồn lực và dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi.

## F. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi (sức khỏe tâm thần và điều trị rối loạn do sử dụng dược chất)

Quý vị được đài thọ các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi của một bác sĩ tâm thần được tiểu bang cấp phép hoặc của bác sĩ, nhà tâm lý học lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng, chuyên gia điều dưỡng lâm sàng, cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép (LPC), chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT), chuyên viên điều dưỡng (NP), trợ lý bác sĩ (PA) hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe hành vi khác đủ tiêu chuẩn của Medicare, được cho phép theo luật áp dụng của tiểu bang. Các dịch vụ được đài thọ của MassHealth (Medicaid) bao gồm:

- Các dịch vụ chuyển hướng, như:
  - Theo dõi
  - Các dịch vụ hỗ trợ và điều trị tại cộng đồng
  - Đánh giá, can thiệp và ổn định khủng hoảng
  - Dịch Vụ Chuyên Sâu Được Theo Dõi Y Tế – Dịch Vụ Điều Trị Cấp Tính (ATS) cho Rối Loạn Do Sử Dụng Chất Kích Thích
  - Điều trị bệnh tâm thần ban ngày
- Dịch vụ cấp cứu sức khỏe hành vi
- Chuyên Gia Đồng Đẳng Được Chứng Nhận
- Huấn Luyện Phục Hồi và Điều Hướng Hỗ Trợ Phục Hồi
- Chương Trình Hỗ Trợ Cộng Đồng (CSP)
- Dịch vụ quản lý thuốc
- Điều trị ban ngày
- Chương trình dân cư
- Dịch Vụ Chăm Sóc Ngoại Trú Sức Khỏe Hành Vi

Quý vị cũng có bảo hiểm cho nằm viện nội trú, nhập viện bán phần và các dịch vụ ngoại trú chuyên sâu, bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi, điều trị rối loạn do sử dụng chất kích thích và phục hồi chức năng. Để tìm hiểu thêm, vui lòng xem Bảng Liệt Kê Quyền Lợi của chương trình chúng tôi trong **Chương 4.**

Trong trường hợp cấp cứu sức khỏe hành vi, quý vị nên đến phòng cấp cứu gần nhất. Quý vị sẽ được một nhóm xử lý khủng hoảng đánh giá và hỗ trợ tìm một cơ sở chăm sóc thích hợp. Loại trường hợp cấp cứu này phải có sự ủy quyền trước trong phạm vi Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ. Để tìm hiểu thêm, vui lòng xem Bảng Liệt Kê Quyền Lợi của chương trình chúng tôi trong **Chương 4.**

# G. Cách nhận dịch vụ chăm sóc tự định hướng

## G1. Chăm sóc tự định hướng là gì

Với dịch vụ chăm sóc tự định hướng, quý vị có thể thuê và quản lý một người chăm sóc cá nhân (PCA) để hỗ trợ hai Hoạt Động Sinh Hoạt Hằng Ngày (ADL) trở lên, như: tắm rửa, mặc quần áo, chải chuốt, ăn uống, đi lại, vệ sinh, v.v. Quý vị có thể chỉ định một người giám hộ hợp pháp, thành viên gia đình hoặc người khác, như được xác định trong thỏa thuận dịch vụ, để hành động thay mặt quý vị, với tư cách là người thay thế được chỉ định của quý vị để hỗ trợ thực hiện một số nhiệm vụ quản lý PCA nhất định mà quý vị không thể thực hiện. Để tìm hiểu thêm, vui lòng xem Bảng Liệt Kê Quyền Lợi của chương trình chúng tôi trong Chương 4.

## G2. Người có thể nhận dịch vụ chăm sóc tự định hướng

Để các dịch vụ PCA được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình. Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành (ICT) của quý vị sẽ xác định xem quý vị có phù hợp với dịch vụ hay không và liệu dịch vụ đó có nên là một phần của Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa (ICP) của quý vị hay không.

## G3. Cách nhận trợ giúp trong việc tuyển dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cá nhân (nếu áp dụng)

Điều Hướng Viên của quý vị và/hoặc các thành viên trong ICT của quý vị sẽ kết nối quý vị với một cơ sở cung cấp dịch vụ PCA.

## G4. Cách yêu cầu gửi bản sao của tất cả các thông báo bằng văn bản cho những người tham gia nhóm chăm sóc mà thành viên xác định

Quý vị có thể liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số điện thoại ở cuối trang để yêu cầu lấy tất cả các văn bản thông báo được gửi đến bất kỳ thành viên nào trong ICT của quý vị khi tài liệu đó liên quan đến dịch vụ chăm sóc tự định hướng của quý vị.

## H. Dịch vụ vận chuyển

NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP đài thọ dịch vụ vận chuyển cấp cứu trên toàn thế giới bằng xe cứu thương khi cần thiết về mặt y tế. Dịch vụ vận chuyển không khẩn cấp bằng xe cứu thương được sẽ được đài thọ khi có sự ủy quyền trước từ chương trình.

Ngoài ra, NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP đài thọ các chuyến đi không giới hạn đến và đi từ các cuộc hẹn y tế và những địa điểm mà quý vị tiếp nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, chẳng hạn như văn phòng bác sĩ, vật lý trị liệu, tư vấn và thăm khám tại bệnh viện. NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP cũng cung cấp 48 chuyến đi một chiều đến các nhà thuốc, bất kể là nhà thuốc này thuộc sở hữu tư nhân, thuộc một chuỗi nhỏ hay một hãng bán lẻ lớn như CVS Pharmacy, Walgreens hoặc Target.

Các chuyến đi này phải được sắp xếp trước ít nhất là 2 ngày làm việc, thông qua dịch vụ đối tác vận chuyển của chúng tôi và có thể được cung cấp qua dịch vụ vận chuyển hoặc do bạn bè và người nhà của chính quý vị thực hiện, họ có thể được bồi hoàn cho quãng đường di chuyển của các chuyến đi được chấp thuận trước. Các chuyến đi được giới hạn trong bán kính 30 dặm từ địa điểm đón của quý vị dựa trên hệ thống đối tác vận chuyển của chương trình của chúng tôi.

Thông qua một chương trình bổ sung đặc biệt dành cho người bệnh mãn tính, các hội viên mắc các bệnh mạn tính đủ điều kiện, cần được quản lý chăm sóc và có nguy cơ mắc các vấn đề sức khỏe bất lợi cũng có quyền tiếp cận 100 chuyến đi một chiều để chạy việc vặt, thăm bạn bè, tham dự các dịch vụ tôn giáo và hơn thế nữa. Không hội viên nào có tình trạng phù hợp cũng hội đủ điều kiện nhận quyền lợi này. Để tìm hiểu thêm về "Chương Trình Bổ Sung Đặc Biệt Dành Cho Bệnh Mạn Tính" (SSBCI), tham khảo dòng "Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Cho Người Mắc Bệnh Mạn Tính" trong Bảng Liệt Kê Quyền Lợi của chương trình chúng tôi ở **Chương 4** hoặc liên hệ với Điều Hướng Viên của quý vị.

Để tìm hiểu thêm về các dịch vụ vận chuyển có sẵn, vui lòng xem Bảng Liệt Kê Quyền Lợi của chương trình chúng tôi trong **Chương 4.**

## I. Dịch Vụ Nha Khoa và Nhãn Khoa

NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP bao gồm bảo hiểm cho các dịch vụ nha khoa và nhãn khoa phòng ngừa và toàn diện.

### I1. Dịch vụ nha khoa

Tất cả các dịch vụ nha khoa phòng ngừa và toàn diện được đài thọ đều phải do một nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp.

**1. Tổng Quan Về Bảo Hiểm:**

Là hội viên của NaviCare HMO SNP hoặc NaviCare NHC HMO SNP, quý vị được hưởng các dịch vụ nha khoa toàn diện được thiết kế để duy trì và cải thiện sức khỏe răng miệng của quý vị. Các dịch vụ được đài thọ bao gồm, nhưng không giới hạn ở:

- Dịch Vụ Phòng Ngừa: Khám răng, làm sạch và chụp X-quang nha khoa định kỳ.
- Dịch Vụ Cơ Bản: Trám răng, nhổ răng và điều trị nướu.
- Dịch Vụ Lớn: Mão răng, cầu răng, răng giả và implant răng.

**2. Yêu Cầu Về Cho Phép Trước:**

Một số dịch vụ nha khoa cần được phê duyệt trước khi quý vị được chăm sóc. Đây được gọi là cho phép trước. Việc này giúp đảm bảo dịch vụ là cần thiết và phù hợp với quý vị. Các dịch vụ, chẳng hạn như trám răng, implant, đặt ống chân răng, nhổ răng, chăm sóc nướu và mão răng, cần có sự chấp thuận của người quản lý quyền lợi nha khoa của chương trình, DentaQuest, trước khi dịch vụ có thể được bắt đầu:

- Implant răng: Tất cả các dịch vụ implant nha khoa đều cần được phê duyệt trước khi chăm sóc. Nhà cung cấp nha khoa của quý vị phải gửi một kế hoạch điều trị chi tiết và hồ sơ hỗ trợ để xem xét và phê duyệt trước khi thủ thuật implant được thực hiện.

Nếu không nhận được phê duyệt cho dịch vụ yêu cầu phê duyệt, dịch vụ đó có thể không được đài thọ.

**3. Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới:**

Để tận dụng tối đa quyền lợi nha khoa của quý vị và giúp giảm chi phí, việc sử dụng nha sĩ trong mạng lưới của chương trình là rất quan trọng. Dịch vụ chăm sóc từ nha sĩ bên ngoài mạng lưới có thể tốn kém hơn hoặc có thể không được đài thọ. Quý vị có thể tìm thấy danh sách các nha sĩ trong mạng lưới trên trang web của chúng tôi hoặc bằng cách gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo các số được liệt kê ở cuối trang.

## I2. Dịch Vụ Nhãn Khoa

Dịch vụ khám mắt định kỳ không cần sự giới thiệu hoặc cho phép trước nếu chúng được một nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp. Quý vị cũng có khoản trợ cấp kính mắt là $403 mỗi năm để mua tối đa 2 cặp kính mắt theo toa, kính áp tròng, mắt kính, gọng kính và nâng cấp từ một nhà cung cấp trong mạng lưới EyeMed.

Quý vị có thể truy cập danh sách nhà cung cấp trong mạng lưới EyeMed trên trang web của chúng tôi theo địa chỉ web ở cuối trang hoặc bằng cách liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo các số ở cuối trang.

Để tìm hiểu thêm về phạm vi bảo hiểm cho các dịch vụ nha khoa và nhãn khoa, vui lòng xem Bảng Liệt Kê Quyền Lợi của chương trình chúng tôi trong **Chương 4**.

# J. Các dịch vụ được đài thọ trong trường hợp cấp cứu y tế, trường hợp cần thiết khẩn cấp hoặc trong thảm họa

## J1. Chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế

Cấp cứu y tế là một tình trạng y tế với các dấu hiệu như: ốm yếu, đau dữ dội, thương tích nghiêm trọng hoặc chuyển biến xấu nhanh chóng. Tình trạng này nghiêm trọng đến mức nếu không có sự chăm sóc y tế ngay, thì quý vị hoặc bất kỳ ai có hiểu biết trung bình về sức khỏe và y khoa cũng có thể dự đoán được hậu quả:

- ảnh hưởng nghiêm trọng đến tính mạng của quý vị; **hoặc**
- mất hoặc tổn hại nghiêm trọng các chức năng cơ thể; **hoặc**
- mất một chi hoặc chức năng của một chi; **hoặc**

Nếu quý vị cần được cấp cứu y tế:

- **Tìm kiếm sự trợ giúp nhanh nhất có thể.** Gọi 911 hoặc đến phòng cấp cứu hoặc bệnh viện gần nhất. Gọi xe cứu thương nếu cần. Quý vị **không** cần sự chấp thuận hoặc giới thiệu của PCP của mình. Quý vị không cần sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc cấp cứu y tế được đài thọ bất cứ khi nào quý vị cần, trên toàn thế giới, từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép phù hợp của tiểu bang, ngay cả khi họ không tham gia mạng lưới của chúng tôi.
- **Trong thời gian sớm nhất có thể, vui lòng báo cho chương trình của chúng tôi về trường hợp cấp cứu của quý vị.** Chúng tôi theo dõi việc chăm sóc cấp cứu của quý vị. Quý vị hoặc ai đó nên gọi báo cho chúng tôi về việc chăm sóc cấp cứu của quý vị, thông thường trong vòng 48 giờ. Tuy nhiên, quý vị sẽ không chi trả cho các dịch vụ cấp cứu nếu trì hoãn việc thông báo cho chúng tôi. Vui lòng gọi cho Dịch Vụ Ghi Danh theo các số ở cuối trang để báo cho chúng tôi về trường hợp cấp cứu của quý vị.

### Các dịch vụ được đài thọ trong trường hợp cấp cứu y tế

Chương trình của chúng tôi đài thọ dịch vụ xe cứu thương trong tình huống quý vị có thể gặp nguy hiểm về sức khỏe nếu đến phòng cấp cứu bằng bất kỳ cách nào khác. Chúng tôi cũng đài thọ các dịch vụ y tế trong khi cấp cứu. Mặc dù Medicare không cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ, nhưng chương trình của chúng tôi vẫn đài thọ các dịch vụ này trên toàn thế giới. Để tìm hiểu thêm, tham khảo Bảng Liệt Kê Quyền Lợi trong **Chương 4** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

Đơn vị cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu cho quý vị sẽ quyết định khi nào tình trạng của quý vị ổn định và việc cấp cứu y tế chấm dứt. Họ sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị và sẽ liên hệ với chúng tôi để lên kế hoạch nếu quý vị cần được chăm sóc theo dõi để khỏe hơn.

Chương trình của chúng tôi cũng đài thọ dịch vụ chăm sóc theo dõi cho quý vị. Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới, thì chúng tôi sẽ cố gắng tìm nhà cung cấp trong mạng lưới tiếp nhận việc chăm sóc quý vị sớm nhất có thể.

### Việc cần làm nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu sức khỏe hành vi

Trong trường hợp cấp cứu sức khỏe hành vi, quý vị nên đến phòng cấp cứu gần nhất. Quý vị sẽ được một nhóm xử lý khủng hoảng đánh giá và hỗ trợ tìm một cơ sở chăm sóc thích hợp. Trường hợp cấp cứu này không cần có sự ủy quyền trước trong phạm vi Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ. Để tìm hiểu thêm, vui lòng xem Bảng Liệt Kê Quyền Lợi của chương trình chúng tôi trong **Chương 4, Mục D**.

Đường Dây Trợ Giúp Về Sức Khỏe Hành Vi (BHHL) Của Massachusetts có thể trực tiếp kết nối quý vị với bộ phận trợ giúp lâm sàng, bất cứ lúc nào và bất kỳ nơi đâu. Gọi cho họ theo số 1-833-773-2445 (MassRelay 711) hoặc truy cập www.masshelpline.com.

Quý vị cũng có thể liên hệ với Trung Tâm Sức Khỏe Hành Vi Cộng Đồng (CBHC) theo số 1-877-382-1609. Nghe thông báo và nhập mã zip của quý vị. Cuộc gọi của quý vị sẽ tự động được chuyển đến CBHC gần quý vị nhất. CBHC cũng có các dịch vụ sau:

1. Can Thiệp Khủng Hoảng Cơ Động Dành Cho Người Lớn (AMCI) – cung cấp sự ứng phó cơ động cho việc đánh giá, can thiệp, ổn định khủng hoảng sức khỏe hành vi của người lớn dựa trên cộng đồng và theo dõi trong tối đa ba ngày. Các dịch vụ AMCI được cung cấp 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Người cung cấp dịch vụ là các chuyên gia được đào tạo, họ có thể đi đến địa điểm của quý vị hoặc làm việc với quý vị tại CBHC. Nhờ có dịch vụ AMCI nên thay vì phải đến ER, bất kỳ ai đang trải qua khủng hoảng cũng có thể bước vào CBHC hoặc gọi cho một nhóm tới địa điểm của họ và tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi ngay lập tức. Các dịch vụ cũng có thể được cung cấp qua chăm sóc sức khỏe từ xa khi hội viên yêu cầu hoặc được chỉ dẫn bởi BHHL Massachusetts 24/7 (1-833-773-2445) và phù hợp về mặt lâm sàng.
2. Ổn Định Khủng Hoảng Cộng Đồng (CCS) – cung cấp một giải pháp thay thế, ít hạn chế hơn so với nằm viện nội trú cho những người cần được chăm sóc khủng hoảng qua đêm, ngắn hạn. Các dịch vụ bao gồm: điều trị, can thiệp và ổn định khủng hoảng, lập kế hoạch phòng ngừa khủng hoảng trong tương lai. Các dịch vụ này được cung cấp 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần.

Quý vị có thể tìm thấy CBHC ở gần mình tại https://www.mass.gov/doc/list-of-cbhcs/download.

### Nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu trong trường hợp không khẩn cấp

Đôi khi, thật khó có thể xác định quý vị có đang ở trong trường hợp khẩn cấp về sức khỏe hành vi hoặc y tế hay không. Quý vị có thể đi vào để được chăm sóc cấp cứu, nhưng bác sĩ lại kết luận rằng trường hợp này không phải là cấp cứu. Miễn là quý vị có lý do hợp lý nghĩ rằng mình đang gặp nguy hiểm nghiêm trọng về sức khỏe, chúng tôi sẽ đài thọ dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Tuy nhiên, sau khi bác sĩ kết luận trường hợp của quý vị không phải là cấp cứu, chúng tôi sẽ chỉ đài thọ dịch vụ chăm sóc bổ sung cho quý vị nếu:

- Quý vị sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới **hoặc**

- Dịch vụ chăm sóc bổ sung cho quý vị được xác định là "chăm sóc cần thiết khẩn cấp" và quý vị tuân thủ các quy tắc để nhận được dịch vụ này. Vui lòng tham khảo phần tiếp theo.

## J2. Chăm sóc cần thiết khẩn cấp

Chăm sóc khẩn cấp là dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được trong một tình huống không phải là cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay lập tức. Chẳng hạn, quý vị có thể bị bùng phát một bệnh trạng hiện có hoặc một căn bệnh hay thương tích không lường trước được.

### Chăm sóc cần thiết khẩn cấp ở khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi

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

- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc này từ nhà cung cấp trong mạng lưới **và**
- Quý vị làm theo các quy tắc được mô tả trong chương này.

Nếu các yếu tố thời gian, địa điểm và hoàn cảnh của quý vị khiến cho việc nhận dịch vụ từ nhà cung cấp trong mạng lưới trở nên không hợp lý hoặc bất khả thi, thì chúng tôi sẽ đài thọ dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận được từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Để tiếp cận các dịch vụ cần thiết khẩn cấp, quý vị nên đến trung tâm chăm sóc khẩn cấp gần nhất đang mở. Nếu đang tìm kiếm dịch vụ chăm sóc khẩn cấp ở khu vực dịch vụ của chúng tôi, quý vị nên xem trong *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* để biết danh sách trung tâm chăm sóc khẩn cấp trong mạng lưới chương trình của quý vị.

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

Khi ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi, quý vị có thể không nhận được dịch vụ chăm sóc của nhà cung cấp trong mạng lưới. Trong trường hợp đó, chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp mà quý vị nhận từ bất kỳ nhà cung cấp nào. Tuy nhiên, các lần thăm khám cần thiết về mặt y tế, định kỳ với nhà cung cấp (như kiểm tra sức khỏe hằng năm) không được coi là cần thiết khẩn cấp, ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi hoặc mạng lưới chương trình của chúng tôi tạm thời không hoạt động.

Mặc dù Medicare không cung cấp bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ, nhưng chương trình của chúng tôi vẫn đài thọ các dịch vụ cấp cứu và chăm sóc khẩn cấp bên ngoài Hoa Kỳ trên toàn thế giới trong các trường hợp sau: dịch vụ khẩn cấp, bao gồm cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết khẩn cấp và vận chuyển bằng xe cấp cứu từ hiện trường cấp cứu đến cơ sở điều trị y tế gần nhất. Dịch vụ vận chuyển từ một quốc gia khác về Hoa Kỳ không được đài thọ. Các phương pháp điều trị được lên lịch trước, được lên kế hoạch trước (bao gồm lọc máu cho bệnh trạng đang diễn ra), dịch vụ chăm sóc/thăm khám định kỳ và/hoặc các thủ thuật tự chọn không được đài thọ bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.

Nếu quý vị cần cấp cứu, chúng tôi sẽ trao đổi với các bác sĩ đang cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu cho quý vị để giúp quản lý và theo dõi việc chăm sóc quý vị. Các bác sĩ đang cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu cho quý vị sẽ quyết định khi nào bệnh trạng của quý vị ổn định và kết thúc cấp cứu y tế.

Sau khi kết thúc cấp cứu, quý vị có quyền được chăm sóc theo dõi để bảo đảm bệnh trạng của quý vị tiếp tục ổn định. Việc chăm sóc theo dõi của quý vị sẽ được chương trình của chúng tôi đài thọ. Nếu việc chăm sóc cấp cứu của quý vị được các nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp, chúng tôi sẽ cố gắng thu xếp để các nhà cung cấp trong mạng lưới đảm nhiệm việc chăm sóc quý vị ngay khi bệnh trạng của quý vị và các trường hợp đó cho phép.

### J3 Chăm sóc trong trường hợp thảm họa

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

Truy cập trang web của chúng tôi để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc quý vị cần trong trường hợp thảm họa được tuyên bố:
fallonhealth.org/navicare.

Trong thời gian thảm họa được tuyên bố, nếu quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Nếu quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới trong thời gian thảm họa được tuyên bố, quý vị có thể mua thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới. Vui lòng tham khảo **Chương 5** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết thêm thông tin.

## K. Điều gì sẽ xảy ra nếu các dịch vụ được đài thọ bị lập hóa đơn trực tiếp cho quý vị

Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ của mình hoặc nếu quý vị nhận được hóa đơn cho các dịch vụ y tế được đài thọ, tham khảo **Chương 7** của *Sổ Tay Hội Viên* này để tìm hiểu những việc cần làm.

**Quý vị không nên tự thanh toán hóa đơn. Nếu quý vị tự thanh toán, chúng tôi có thể không hoàn lại tiền cho quý vị.**

### K1. Phải làm gì nếu chương trình của chúng tôi không đài thọ các dịch vụ

Chương trình của chúng tôi đài thọ tất cả:

- các dịch vụ được xác định là cần thiết về mặt y tế, **và**
- các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Liệt Kê Quyền Lợi của chương trình của chúng tôi (tham khảo **Chương 4** của *Sổ Tay Hội Viên* này), **và**

- các dịch vụ mà quý vị nhận được bằng cách tuân theo các quy tắc của chương trình.

Nếu quý vị nhận các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi không đài thọ, **quý vị sẽ tự thanh toán toàn bộ chi phí**.

Nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có thanh toán cho bất kỳ dịch vụ y tế hoặc chăm sóc nào hay không, quý vị có quyền hỏi chúng tôi. Quý vị cũng có quyền hỏi về việc này bằng văn bản. Nếu chúng tôi cho biết rằng chúng tôi sẽ không thanh toán cho các dịch vụ của quý vị, quý vị có quyền khiếu nại quyết định của chúng tôi.

**Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này giải thích những việc cần làm nếu quý vị muốn chúng tôi đài thọ một dịch vụ hoặc vật dụng y tế. Chương này cũng cho quý vị biết cách khiếu nại quyết định bảo hiểm của chúng tôi. Hãy gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh để tìm hiểu thêm về quyền khiếu nại của quý vị.

Chúng tôi chi trả cho một số dịch vụ tối đa đến một giới hạn nhất định. Nếu quý vị vượt quá giới hạn, quý vị sẽ phải tự trả toàn bộ chi phí để sử dụng thêm loại dịch vụ đó. Vui lòng tham khảo **Chương 4** để biết các giới hạn quyền lợi cụ thể. Gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh để tìm hiểu giới hạn quyền lợi là gì và quý vị đã sử dụng bao nhiêu quyền lợi.

## L. Bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong công trình nghiên cứu lâm sàng

### L1. Định nghĩa công trình nghiên cứu lâm sàng

Công trình nghiên cứu lâm sàng (còn gọi là thử nghiệm lâm sàng) là cách các bác sĩ thử nghiệm các loại thuốc hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe mới. Công trình nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt thường mời các tình nguyện viên tham gia nghiên cứu. Khi quý vị tham gia công trình nghiên cứu lâm sàng, quý vị có thể tiếp tục được ghi danh trong chương trình của chúng tôi và tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc còn lại (dịch vụ chăm sóc không liên quan đến công trình nghiên cứu đó) thông qua chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn tham gia vào bất kỳ công trình nghiên cứu lâm sàng nào được Medicare phê duyệt, quý vị **không** cần phải cho chúng tôi biết hoặc nhận phê duyệt từ chúng tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị. Các nhà cung cấp cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị trong khuôn khổ nghiên cứu không cần phải là nhà cung cấp trong mạng lưới. Điều này không áp dụng đối với các quyền lợi được đài thọ mà yêu cầu phải có thử nghiệm lâm sàng hoặc đăng ký dữ liệu để đánh giá quyền lợi, bao gồm một số quyền lợi yêu cầu được bảo hiểm có điều kiện kèm theo bằng chứng (NCD-CED) và các nghiên cứu theo diện miễn trừ thử nghiệm thiết bị (IDE). Các quyền lợi này cũng có thể phải tuân theo sự cho phép trước và các quy tắc khác của chương trình.

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

Nếu quý vị dự định tham gia vào công trình nghiên cứu lâm sàng, được Original Medicare đài thọ cho người ghi danh, chúng tôi khuyến khích quý vị hoặc Điều Hướng Viên của quý vị liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh để cho chúng tôi biết quý vị sẽ tham gia thử nghiệm lâm sàng.

## L2. Thanh toán cho các dịch vụ khi quý vị đang tham gia công trình nghiên cứu lâm sàng

Nếu quý vị tình nguyện tham gia công trình nghiên cứu lâm sàng mà Medicare phê duyệt, quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ được đài thọ theo nghiên cứu đó. Medicare thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ theo nghiên cứu cũng như các chi phí định kỳ liên quan đến dịch vụ chăm sóc của quý vị. Sau khi quý vị tham gia công trình nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt, quý vị sẽ được đài thọ cho hầu hết các dịch vụ và vật dụng mà quý vị nhận được trong khuôn khổ nghiên cứu. Hành động này bao gồm:

- chi phí ăn ở cho thời gian nằm viện mà Medicare sẽ chi trả ngay cả khi quý vị không tham gia nghiên cứu
- phẫu thuật hoặc thủ thuật y tế khác trong khuôn khổ công trình nghiên cứu
- điều trị bất kỳ tác dụng phụ và biến chứng nào của dịch vụ chăm sóc mới

Nếu quý vị tham gia công trình nghiên cứu mà Medicare **chưa** phê duyệt, quý vị phải trả toàn bộ chi phí để tham gia nghiên cứu.

## L3. Thông tin thêm về công trình nghiên cứu lâm sàng

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về việc tham gia công trình nghiên cứu lâm sàng bằng cách đọc "Medicare & Các Công Trình Nghiên Cứu Lâm Sàng" trên trang web của Medicare (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

# M. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được đài thọ như thế nào trong tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo

## M1. Định nghĩa tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo

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

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

## M2. Chăm sóc do tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo cung cấp

Để được nhận dịch vụ chăm sóc từ một tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo, quý vị phải ký một văn bản pháp lý xác nhận rằng quý vị phản đối việc nhận điều trị y tế thuộc loại "không ngoại lệ".

- Điều trị y tế "không ngoại lệ" là bất kỳ dịch vụ hay điều trị nào **có tính tự nguyện và không bắt buộc** theo bất kỳ luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương nào.
- Điều trị y tế "ngoại lệ" là bất kỳ dịch vụ hay điều trị nào **không mang tính tự nguyện và bắt buộc** theo luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.

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

- Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc phải được Medicare chứng nhận.
- Chương trình của chúng tôi chỉ đài thọ các khía cạnh chăm sóc phi tôn giáo.
- Nếu quý vị nhận các dịch vụ từ tổ chức này được cung cấp cho quý vị tại một cơ sở:
  - Quý vị phải mắc bệnh trạng cho phép quý vị nhận các dịch vụ được đài thọ cho dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện nội trú hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn.
  - Quý vị phải nhận được phê duyệt của chúng tôi trước khi quý vị được nhận vào cơ sở, nếu không thời gian lưu trú của quý vị **sẽ không** được đài thọ.

Quý vị được đài thọ không giới hạn số ngày. Vui lòng tham khảo Bảng Liệt Kê Quyền Lợi của chương trình chúng tôi trong **Chương 4** để tìm hiểu thêm.

# N. Thiết bị y tế lâu bền (DME)

## N1. Quyền lợi DME hội viên của chương trình chúng tôi

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

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

Còn một số loại DME khác thì quý vị phải thuê. Là hội viên của chương trình của chúng tôi, quý vị **sẽ** sở hữu các vật dụng DME được thuê sau khi đã sử dụng các vật dụng đó trong 10 tháng liên tiếp trong thời gian quý vị là hội viên của chương trình, ngay cả khi quý vị đã thực hiện tối đa 12 khoản thanh toán liên tiếp cho các vật dụng DME theo Original Medicare trước khi tham gia chương trình của chúng tôi.

Trong một số trường hợp hạn chế, chúng tôi sẽ không chuyển quyền sở hữu vật dụng DME cho quý vị. Hãy gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số điện thoại ở cuối trang để biết thêm thông tin.

## N2. Quyền sở hữu DME nếu quý vị chuyển sang Original Medicare

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

Quý vị sẽ phải thực hiện 13 lần thanh toán liên tiếp theo Original Medicare hoặc phải thực hiện số lần thanh toán liên tiếp do chương trình Medicare Advantage (MA) quy định, để sở hữu vật dụng DME nếu:

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

Nếu trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị đã thanh toán cho vật dụng DME theo Original Medicare hoặc chương trình MA trước khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi, **thì những khoản thanh toán đó không được tính vào số lần thanh toán mà quý vị cần thực hiện sau khi rời khỏi chương trình của chúng tôi.**

- Quý vị sẽ phải thực hiện 13 lần thanh toán mới liên tiếp theo Original Medicare hoặc số lần thanh toán mới liên tiếp do chương trình MA quy định để sở hữu vật dụng DME.

- Không có ngoại lệ cho điều này khi quý vị quay lại Original Medicare hoặc chương trình MA.

### N3. Quyền lợi về thiết bị cung cấp oxy khi là hội viên của chương trình chúng tôi

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận thiết bị cung cấp oxy được Medicare đài thọ, chúng tôi sẽ trả chi phí:

- thuê thiết bị cung cấp oxy
- giao oxy và khí oxy
- ống dẫn và các phụ kiện liên quan để cung cấp oxy và khí oxy
- bảo dưỡng và sửa chữa thiết bị cung cấp oxy

Quý vị phải hoàn trả thiết bị cung cấp oxy khi các thiết bị này không còn cần thiết về mặt y tế cho quý vị hoặc khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi.

### N4. Thiết bị cung cấp oxy khi quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc chương trình Medicare Advantage (MA) khác

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

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

- thiết bị cung cấp oxy, vật tư và dịch vụ trong 24 tháng nữa
- thiết bị cung cấp oxy và vật tư trong tối đa năm năm nếu cần thiết về mặt y tế

Nếu thiết bị cung cấp oxy vẫn cần thiết về mặt y tế **vào cuối giai đoạn năm năm**:

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

Khi thiết bị cung cấp oxy cần thiết về mặt y tế và **quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi và chuyển sang chương trình MA khác**, chương trình sẽ đài thọ ít nhất những gì Original Medicare đài thọ. Quý vị có thể liên hệ với chương trình MA mới của mình để hỏi rõ về thiết bị cung cấp oxy và vật tư mà họ đài thọ, cũng như chi phí mà quý vị sẽ phải trả.

# Chương 4: Bảng liệt kê quyền lợi

## Giới thiệu

Chương này cho quý vị biết về các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi đài thọ và mọi hạn chế hoặc giới hạn đối với các dịch vụ đó. Chương này cũng cho quý vị biết về các quyền lợi không được đài thọ theo chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được cung cấp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối cùng của *Sổ Tay Hội Viên* này.

## Mục lục

A. Các dịch vụ được đài thọ ..... 67

B. Quy tắc cấm nhà cung cấp thu phí dịch vụ từ quý vị ..... 67

C. Giới thiệu về Bảng Liệt Kê Quyền Lợi trong chương trình của chúng tôi ..... 67

D. Bảng Liệt Kê Quyền Lợi trong chương trình của chúng tôi ..... 71

E. Các quyền lợi được đài thọ ngoài chương trình của chúng tôi ..... 143
E1. Dịch Vụ của Cơ Quan Tiểu Bang ..... 143

F. Các quyền lợi không được chương trình của chúng tôi, Medicare hoặc MassHealth (Medicaid) đài thọ ..... 143

## A. Các dịch vụ được đài thọ

Chương này cho quý vị biết về các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi đài thọ. Quý vị cũng có thể tìm hiểu về các dịch vụ không được đài thọ. Thông tin về quyền lợi thuốc có tại **Chương 5** của *Sổ Tay Hội Viên* này. Chương này cũng giải thích các giới hạn đối với một số dịch vụ.

Vì quý vị nhận trợ giúp từ MassHealth (Medicaid) nên quý vị không phải trả tiền cho các dịch vụ được đài thọ của mình miễn là quý vị tuân thủ các quy tắc trong chương trình của chúng tôi. Vui lòng tham khảo **Chương 3** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết chi tiết về các quy tắc trong chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hiểu những dịch vụ nào được đài thọ, hãy gọi cho Điều Hướng Viên và/hoặc Phòng Dịch Vụ Ghi Danh của quý vị theo số 1-877-700-6996 (TTY 711).

## B. Quy tắc cấm nhà cung cấp thu phí dịch vụ từ quý vị

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp của chúng tôi lập hóa đơn cho quý vị đối với các dịch vụ được đài thọ trong mạng lưới. Chúng tôi thanh toán trực tiếp cho các nhà cung cấp và chúng tôi bảo vệ quý vị trước mọi khoản phí. Điều này đúng ngay cả khi chúng tôi chi trả cho nhà cung cấp số tiền ít hơn so với mức phí mà nhà cung cấp tính cho một dịch vụ.

**Quý vị sẽ không bao giờ nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp đối với các dịch vụ được đài thọ.** Nếu quý vị có nhận, tham khảo **Chương 7** của *Sổ Tay Hội Viên* này hoặc gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.

## C. Giới thiệu về Bảng Liệt Kê Quyền Lợi trong chương trình của chúng tôi

Bảng Liệt Kê Quyền Lợi cho quý vị biết các dịch vụ mà chương trình của chúng tôi thanh toán. (Bảo hiểm thuốc ở **Chương 5**). Bảng này liệt kê các dịch vụ được đài thọ theo thứ tự bảng chữ cái và giải thích chi tiết.

**Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Liệt Kê Quyền Lợi khi đáp ứng các quy tắc sau.** Quý vị **không** phải trả bất kỳ khoản nào cho các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Liệt Kê Quyền Lợi, miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu được mô tả bên dưới.

- Chúng tôi cung cấp các dịch vụ được Medicare và MassHealth (Medicaid) đài thọ theo các quy tắc do Medicare và MassHealth (Medicaid) đặt ra.
- Các dịch vụ (bao gồm dịch vụ chăm sóc y tế, điều trị sức khỏe hành vi và sử dụng chất gây nghiện, dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, vật tư, thiết bị và thuốc) phải "cần thiết về mặt y tế." Cần thiết về mặt y tế mô tả các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc mà quý vị cần để ngăn ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị một bệnh trạng hoặc để duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Điều này bao gồm dịch vụ chăm sóc giúp quý vị không phải đến bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng.

Điều đó cũng có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận trong thực hành y khoa. Ngoài ra, một dịch vụ được coi là cần thiết về mặt y tế nếu dịch vụ đó có thể giúp quý vị khỏe hơn, giữ nguyên hoặc cải thiện sức khỏe hoặc hoạt động hàng ngày của quý vị, hoặc ngăn ngừa sức khỏe hoặc chức năng của quý vị trở nên tồi tệ hơn nếu việc chăm sóc bị trì hoãn, giảm hoặc không được cung cấp.

- Đối với những người mới ghi danh, trong 90 ngày đầu tiên, chúng tôi có thể không yêu cầu quý vị nhận được phê duyệt trước cho bất kỳ quá trình điều trị đang diễn ra nào, ngay cả khi quá trình điều trị là dành cho dịch vụ bắt đầu với một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

- Quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp hợp tác với chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới sẽ không được đài thọ trừ phi đó là trường hợp cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết khẩn cấp, hoặc trừ phi chương trình của quý vị hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới đã giới thiệu quý vị. **Chương 3** của *Sổ Tay Hội Viên* này có thêm thông tin về việc sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới và ngoài mạng lưới.

- Quý vị có nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) hoặc nhóm chăm sóc cung cấp và quản lý dịch vụ chăm sóc của quý vị. Trong hầu hết các trường hợp, PCP phải chấp thuận cho quý vị trước khi quý vị có thể tham khám với nhà cung cấp không phải là PCP của quý vị hoặc thăm khám với các nhà cung cấp khác trong mạng lưới chương trình của chúng tôi. Đây được gọi là giấy giới thiệu. **Chương 3** của *Sổ Tay Hội Viên* này có thêm thông tin về việc xin giấy giới thiệu và những trường hợp quý vị **không cần** giấy giới thiệu.

- Chúng tôi đài thọ một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Liệt Kê Quyền Lợi chỉ khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới nhận được sự chấp thuận trước của chúng tôi. Đây được gọi là cho phép trước (PA). Chúng tôi đánh dấu các dịch vụ được đài thọ trong Bảng Liệt Kê Quyền Lợi cần PA bằng chữ in nghiêng.

- Nếu chương trình của quý vị chấp thuận yêu cầu PA cho một quá trình điều trị, thì sự chấp thuận đó phải có hiệu lực miễn là hợp lý và cần thiết về mặt y tế để tránh gián đoạn chăm sóc dựa trên tiêu chí bảo hiểm, tiền sử bệnh của quý vị và các khuyến nghị của nhà cung cấp điều trị.

- Giống như tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare, chúng tôi đài thọ mọi thứ mà Original Medicare đài thọ. (Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm và các chi phí của Original Medicare, hãy xem sổ tay *Medicare & You 2027* của quý vị. Xem trực tuyến tại www.Medicare.gov hoặc yêu cầu bản sao bằng cách

gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.)

- Nếu Medicare thêm bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ mới nào trong năm 2027, Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ những dịch vụ đó.

- Nếu quý vị mất tình trạng đủ điều kiện hưởng MassHealth (Medicaid) nhưng có thể được kỳ vọng sẽ lấy lại tư cách trong vòng 30 ngày, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi được Medicare và MassHealth (Medicaid) đài thọ. Trong thời gian này, chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị lấy lại tình trạng đủ điều kiện hưởng MassHealth (Medicaid). Nếu quý vị không thể lấy lại MassHealth (Medicaid) trong vòng một tháng, chúng tôi sẽ hủy ghi danh quý vị khỏi NaviCare HMO SNP hoặc NaviCare NHC HMO SNP. Nếu quý vị lấy lại tình trạng đủ điều kiện hưởng MassHealth (Medicaid) sau khi bị hủy ghi danh, quý vị sẽ cần liên hệ với chúng tôi để ghi danh lại vào chương trình.

**Thông Tin Quyền Lợi Quan Trọng dành cho Hội Viên mắc Một Số Bệnh Mạn Tính.**

- Nếu quý vị mắc bất kỳ tình trạng mạn tính nào được liệt kê dưới đây và đáp ứng các tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện nhận quyền lợi bổ sung đặc biệt cho người mắc bệnh mạn tính:
  - Rối loạn tự miễn chỉ giới hạn ở viêm đa động mạch dạng nút, đau đa cơ do thấp khớp, viêm đa cơ, viêm khớp dạng thấp và lupus ban đỏ hệ thống
  - Ung thư, không bao gồm các tình trạng tiền ung thư hoặc tình trạng tại chỗ
  - Rối loạn tim mạch giới hạn ở rối loạn nhịp tim, bệnh động mạch vành, bệnh mạch máu ngoại biên và rối loạn huyết khối tĩnh mạch mạn tính
  - Suy tim mạn tính
  - Rối loạn do sử dụng rượu mạn tính và rối loạn do sử dụng chất kích thích khác
  - Các tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và gây khuyết tật giới hạn ở rối loạn lưỡng cực, rối loạn trầm cảm nặng, rối loạn hoang tưởng, tâm thần phân liệt và rối loạn tâm thần phân liệt
  - Tình trạng mạn tính gây suy giảm thị lực, thính lực (điếc), vị giác, xúc giác và khứu giác
  - Bệnh tiêu hóa mạn tính
  - Bệnh thận mạn tính (CKD)
  - Rối loạn phổi mạn tính giới hạn ở hen suyễn, viêm phế quản mạn tính, khí thũng, xơ phổi và tăng áp động mạch phổi
  - Tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức
  - Tình trạng yêu cầu trị liệu liên tục để cá nhân duy trì hoặc bảo tồn khả năng hoạt động
  - Tình trạng kèm theo khó khăn về chức năng
  - Sa sút trí tuệ
  - Đái tháo đường

- HIV/AIDS
- Suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch
- Rối loạn thần kinh giới hạn ở bệnh xơ cứng teo cơ một bên (ALS), động kinh, liệt lan rộng, bệnh Huntington, bệnh đa xơ cứng, bệnh Parkinson, bệnh đa dây thần kinh, hẹp tủy sống và khiếm khuyết thần kinh liên quan đến đột quỵ
- Sau ghép tạng
- Rối loạn huyết học nặng giới hạn ở thiếu máu bất sản, máu khó đông, ban xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch, hội chứng loạn sản tủy, bệnh hồng cầu hình liềm và rối loạn huyết khối tĩnh mạch mạn tính
- Đột quỵ

Chẩn đoán phải có trong hồ sơ và được ghi lại với chương trình trước khi nhận được Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Cho Người Mắc Bệnh Mạn Tính (SSBCI). Không hội viên nào có tình trạng phù hợp cũng hội đủ điều kiện nhận quyền lợi này.

Tính đủ điều kiện liên quan đến SSBCI được xác định theo quyết định của chương trình. Các quyền lợi dành cho các hội viên được xác định thông qua việc nhận tài liệu của nhà cung cấp (ví dụ: yêu cầu bảo hiểm do nhà cung cấp gửi) bao gồm tình trạng mạn tính đủ điều kiện, có nguy cơ nhập viện cao hoặc các kết quả sức khỏe bất lợi khác và dịch vụ chăm sóc của ai đang được Y Tá Quản Lý Trường Hợp của NaviCare hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới điều phối. Sau khi xác nhận rằng các tiêu chí đủ điều kiện đã được đáp ứng, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về việc quý vị ghi danh nhận các quyền lợi này. Những quyền lợi này không mang tính hồi tố.

- Để biết thêm chi tiết, hãy truy cập hàng Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Cho Người Mắc Bệnh Mạn Tính trong Bảng Liệt Kê Quyền Lợi bên dưới.
- Liên hệ với chúng tôi để tìm hiểu chính xác những quyền lợi nào quý vị có thể đủ điều kiện nhận.

Tất cả các dịch vụ phòng ngừa đều miễn phí. Quả táo 🍎 này thể hiện các dịch vụ phòng ngừa trong Bảng Liệt Kê Quyền Lợi.

## D. Bảng Liệt Kê Quyền Lợi trong chương trình của chúng tôi

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
|  | **Sàng lọc chứng phình động mạch chủ bụng**<br><br>Chúng tôi chi trả cho một lần sàng lọc siêu âm đối với những người có nguy cơ. Chương trình của chúng tôi chỉ đài thọ cho lần khám sàng lọc này nếu quý vị có một số yếu tố nguy cơ nhất định và nếu quý vị nhận được giấy giới thiệu từ bác sĩ, trợ lý bác sĩ (PA), chuyên viên điều dưỡng (NP) hoặc chuyên gia điều dưỡng lâm sàng (CNS). | $0 |
| | **Châm cứu**<br><br>*Để dịch vụ châm cứu sau lần thăm khám thứ 20 được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ châm cứu:<br>• để điều trị đau;<br>• như một phần của điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện (SUD); và<br>• cho các lần khám liên quan đến đánh giá và lập kế hoạch điều trị.<br><br>Chúng tôi yêu cầu sự chấp thuận trước sau 20 lần điều trị châm cứu mỗi năm để điều trị giảm đau hoặc SUD. Nhà cung cấp của quý vị cũng có thể thay đổi hoặc ngừng kế hoạch điều trị nếu quý vị không có cải thiện sau bốn lần châm cứu đầu tiên. Đối với chứng đau thắt lưng mạn tính, chúng tôi chi trả cho tối đa 12 lần thăm khám châm cứu trong 90 ngày. Đau thắt lưng mạn tính được định nghĩa là:<br>• kéo dài từ 12 tuần trở lên;<br>• không đặc hiệu (không có nguyên nhân toàn thân có thể xác định được, chẳng hạn như không liên quan đến bệnh di căn, viêm hoặc nhiễm trùng);<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Châm cứu (tiếp theo)**<br>• không liên quan đến phẫu thuật<br>Chúng tôi cũng sẽ thanh toán thêm tám buổi châm cứu điều trị đau thắt lưng mạn tính nếu quý vị có cải thiện sau 12 buổi đầu tiên.<br>Các liệu trình châm cứu phải được ngừng lại nếu quý vị không có tiến triển hoặc quý vị bị bệnh nặng hơn.<br>Yêu Cầu Đối Với Nhà Cung Cấp:<br>Bác sĩ có thể cung cấp châm cứu theo các yêu cầu hiện hành của tiểu bang.<br>Trợ lý bác sĩ (PA), chuyên viên điều dưỡng (NP)/chuyên gia điều dưỡng lâm sàng (CNS) và nhân viên phụ trợ có thể cung cấp châm cứu nếu họ đáp ứng tất cả các yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có:<br>• bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ về châm cứu hoặc Đông Y từ một trường được Ủy Ban Kiểm Định về Châm Cứu và Đông Y (ACAOM) công nhận; và,<br>• giấy phép hiện hành, đầy đủ, hiệu lực và không hạn chế để hành nghề châm cứu tại Tiểu Bang, Lãnh Thổ hoặc Khối Thịnh Vượng Chung (tức là Puerto Rico) của Hoa Kỳ hoặc Đặc Khu Columbia.<br>Nhân viên phụ trợ cung cấp châm cứu phải dưới sự giám sát thích hợp của bác sĩ, PA hoặc NP/CNS theo quy định của chúng tôi.<br>Chương trình đài thọ các dịch vụ châm cứu bổ sung sau: tối đa 20 lần thăm khám mà không cần sự cho phép trước cho bất kỳ chẩn đoán nào bao gồm cả các dịch vụ kích thích điện, hồng ngoại và siêu âm. | |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban ngày cho người lớn**<br>*Để dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban ngày cho người lớn được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br>Chương trình đài thọ các dịch vụ từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban ngày dành cho người lớn tại một chương trình có tổ chức. Các dịch vụ này có thể bao gồm:<br>• dịch vụ điều dưỡng và giám sát sức khỏe<br>• liệu pháp trị liệu<br>• hỗ trợ các hoạt động sinh hoạt hàng ngày<br>• dịch vụ dinh dưỡng và chế độ ăn<br>• dịch vụ tư vấn<br>• các hoạt động<br>• quản lý trường hợp<br>• vận chuyển | $0 |
| | **Dịch vụ chăm sóc phụng dưỡng người lớn**<br>*Để dịch vụ chăm sóc phụng dưỡng người lớn được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br>Chương trình đài thọ các dịch vụ từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc phụng dưỡng người lớn trong môi trường cư trú. Các dịch vụ này có thể bao gồm:<br>• hỗ trợ các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, các hoạt động sinh hoạt phức tạp hàng ngày và chăm sóc cá nhân<br>• giám sát<br>• giám sát điều dưỡng | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
|  | **Sàng lọc và tư vấn lạm dụng rượu**<br><br>Chúng tôi chi trả cho một lần sàng lọc lạm dụng rượu cho người lớn có hành vi lạm dụng rượu nhưng không nghiện rượu.<br><br>Nếu quý vị có kết quả dương tính với lạm dụng rượu, quý vị có thể nhận tối đa bốn buổi tư vấn ngắn, trực tiếp mỗi năm (nếu quý vị có khả năng và tỉnh táo trong quá trình tư vấn) với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) đủ điều kiện hoặc chuyên viên trong cơ sở chăm sóc chính. | $0 |
| | **Dịch vụ xe cứu thương**<br><br>*Để các dịch vụ xe cứu thương không phải cấp cứu được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Bảo hiểm trên toàn thế giới.<br><br>Các dịch vụ xe cứu thương được đài thọ, cho dù là tình huống cấp cứu hay không cấp cứu, bao gồm các dịch vụ đường bộ và trên không (máy bay và trực thăng) và xe cứu thương. Xe cứu thương sẽ đưa quý vị đến địa điểm gần nhất có thể chăm sóc cho quý vị.<br><br>Tình trạng của quý vị phải nghiêm trọng đến mức các cách di chuyển khác đến nơi chăm sóc có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe hoặc tính mạng của quý vị.<br><br>Dịch vụ xe cứu thương cho các trường hợp khác (không cấp cứu) phải được chúng tôi chấp thuận. Trong trường hợp không phải là trường hợp cấp cứu, chúng tôi có thể thanh toán cho chi phí xe cứu thương. Tình trạng của quý vị phải nghiêm trọng đến mức các cách di chuyển khác đến nơi chăm sóc có thể gây nguy hiểm cho tính mạng hoặc sức khỏe của quý vị. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Khám sức khỏe hằng năm**<br><br>Khám sức khỏe bổ sung hằng năm được đài thọ bao gồm tiền sử y tế/gia đình chi tiết và đánh giá kỹ lưỡng từ đầu đến chân thông qua thăm khám trực tiếp tất cả các hệ cơ quan của cơ thể, nhằm đánh giá tình trạng sức khỏe tổng quát và phát hiện các bất thường hoặc dấu hiệu có thể cho thấy có quá trình bệnh lý cần được xử lý. | $0 |
|  | **Thăm khám sức khỏe hằng năm**<br><br>Quý vị có thể được khám sức khỏe định kỳ hằng năm. Điều này là để lập hoặc cập nhật kế hoạch phòng ngừa dựa trên các yếu tố nguy cơ hiện tại của quý vị. Chúng tôi chi trả cho việc này 12 tháng một lần.<br><br>**Lưu ý:** Lần thăm khám sức khỏe hằng năm đầu tiên của quý vị không thể diễn ra trong vòng 12 tháng kể từ khi quý vị thăm khám **Chào mừng quý vị đến với Medicare**. Tuy nhiên, quý vị không cần phải thực hiện buổi thăm khám **Chào mừng quý vị đến với Medicare** để được thăm khám sức khỏe định kỳ hằng năm sau khi đã tham gia Phần B được 12 tháng. | $0 |
| | **Dịch vụ thính học**<br><br>*Để các dịch vụ thính học được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chương trình đài thọ các lần kiểm tra và đánh giá thính học (thính lực). | $0 |
|  | **Đo khối lượng xương**<br><br>Chúng tôi chi trả cho một số thủ thuật nhất định đối với những hội viên hội đủ điều kiện (thường là những người có nguy cơ mất khối lượng xương hoặc có nguy cơ loãng xương). Các thủ thuật này giúp xác định khối lượng xương, phát hiện tình trạng mất xương hoặc đánh giá chất lượng xương.<br><br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ 24 tháng một lần hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế. Chúng tôi cũng chi trả cho việc bác sĩ xem xét và đưa ra nhận xét về kết quả. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
|  | **Sàng lọc ung thư vú (chụp x-quang vú)**<br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:<br>• một lần chụp X-quang vú sàng lọc 12 tháng một lần<br>• khám vú lâm sàng 24 tháng một lần | $0 |
| | **Các dịch vụ phục hồi chức năng tim mạch (tim)**<br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ phục hồi chức năng tim như tập thể dục, giáo dục và tư vấn. Hội viên phải đáp ứng một số điều kiện nhất định và có giấy giới thiệu của bác sĩ.<br>Chúng tôi đài thọ các chương trình toàn diện này nếu quý vị có ít nhất một trong các tình trạng sau:<br>• đau tim trong 12 tháng qua<br>• phẫu thuật bắc cầu động mạch vành<br>• đau thắt ngực ổn định (đau ngực)<br>• sửa chữa hoặc thay thế van tim<br>• tạo hình mạch vành (một thủ thuật y tế được sử dụng để mở một động mạch bị chặn) hoặc đặt stent mạch vành (một thủ thuật được sử dụng để giữ cho động mạch mở)<br>• ghép tim hoặc ghép tim và phổi<br>• suy tim mạn tính ổn định Giới hạn bảo hiểm:<br>Quý vị có thể nhận được tới 36 buổi phục hồi chức năng tim. Quý vị có thể<br>nhận được hai buổi mỗi ngày (mỗi buổi kéo dài một giờ) và chương trình có thể kéo dài đến 36 tuần. Nếu quý vị đủ điều kiện, quý vị có thể nhận được thêm 36 buổi có thể được lên lịch trong một khoảng thời gian dài hơn. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Thăm khám giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch (tim) (trị liệu cho bệnh tim)**<br><br>Chúng tôi chi trả cho một lần thăm khám mỗi năm hoặc nhiều hơn nếu cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) của quý vị để giúp giảm nguy cơ mắc bệnh tim. Trong khi thăm khám, bác sĩ của quý vị có thể:<br>• trao đổi về việc sử dụng aspirin,<br>• kiểm tra huyết áp, **và/hoặc**<br>• cung cấp cho quý vị lời khuyên để đảm bảo quý vị ăn uống tốt. | $0 |
| | **Xét nghiệm sàng lọc bệnh tim mạch (tim)**<br><br>Chúng tôi chi trả cho các xét nghiệm máu để kiểm tra bệnh tim mạch mỗi năm năm (60 tháng) một lần. Các xét nghiệm máu này cũng kiểm tra các dị tật do nguy cơ cao mắc bệnh tim.<br><br>MassHealth (Medicaid) đài thọ các xét nghiệm máu bổ sung khi cần thiết về mặt y tế. | $0 |
| | **Sàng lọc ung thư cổ tử cung và âm đạo**<br><br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:<br>• đối với tất cả phụ nữ: Xét nghiệm Pap và khám vùng chậu 24 tháng một lần<br>• Đối với phụ nữ có nguy cơ cao bị ung thư cổ tử cung hoặc âm đạo: một xét nghiệm Pap 12 tháng một lần<br>• MassHealth (Medicaid) đài thọ các xét nghiệm Pap bổ sung và khám vùng chậu khi cần thiết về mặt y tế. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Dịch vụ nắn xương khớp**<br><br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:<br>• Điều chỉnh cột sống để điều chỉnh vị trí, thăm khám tại văn phòng và các dịch vụ chụp quang tuyến.<br>• MassHealth (Medicaid) đài thọ cho các dịch vụ điều trị thao tác nắn xương khớp và chụp X quang. MassHealth (Medicaid) yêu cầu sự cho phép trước cho hơn 20 lần thăm khám tại phòng khám hoặc điều trị thao tác nắn xương khớp, hoặc bất kỳ sự kết hợp nào giữa thăm khám tại phòng khám và điều trị thao tác nắn xương khớp, trên tổng số 20, mỗi hội viên mỗi năm dương lịch. | $0 |
| | **Dịch vụ việc vặt**<br><br>*Để các dịch vụ việc vặt được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Các dịch vụ được đài thọ bao gồm các dịch vụ cần thiết để giữ cho ngôi nhà sạch sẽ, hợp vệ sinh và an toàn. Dịch vụ này bao gồm các công việc nặng trong nhà như lau sàn, cửa sổ và tường, đóng chặt các tấm thảm hoặc gạch bị lỏng, và di chuyển các đồ nội thất nặng. | $0 |
| | **Sàng lọc ung thư đại trực tràng**<br><br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:<br>• Nội soi đại tràng không có giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được đài thọ 120 tháng (mười năm) một lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao hoặc 48 tháng sau khi nội soi đại tràng sigma ống uốn trước đó đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng và 24 tháng một lần đối với bệnh nhân có nguy cơ cao sau khi nội soi đại tràng sàng lọc trước đó.<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Sàng lọc ung thư đại trực tràng (tiếp theo)**<br>• Chụp cắt lớp vi tính đại tràng cho những người không có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng được đài thọ khi đã qua ít nhất 59 tháng kể từ tháng thực hiện lần chụp cắt lớp vi tính đại tràng tầm soát gần nhất, hoặc khi đã qua 47 tháng kể từ tháng thực hiện lần nội soi đại tràng sigma ống mềm sàng lọc hoặc nội soi đại tràng sàng lọc gần nhất. Đối với bệnh nhân có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng, khoản thanh toán có thể được thực hiện cho một lần chụp cắt lớp vi tính đại tràng tầm soát sau khi đã qua ít nhất 23 tháng kể từ tháng thực hiện lần chụp cắt lớp vi tính đại tràng tầm soát gần nhất hoặc lần nội soi đại tràng sàng lọc gần nhất.<br>• Nội soi đại tràng sigma ống uốn cho bệnh nhân 120 tháng một lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân được nội soi đại tràng sàng lọc. 48 tháng một lần đối với bệnh nhân có nguy cơ cao từ lần nội soi đại tràng sigma ống uốn gần nhất hoặc chụp cắt lớp vi tính đại tràng sàng lọc.<br>• Xét nghiệm máu ẩn trong phân sàng lọc cho bệnh nhân 12 tháng một lần.<br>• Xét nghiệm ADN trong phân đa mục tiêu cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không thuộc diện nguy cơ cao: Ba năm một lần.<br>• Xét nghiệm dấu ấn sinh học trong máu cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không thuộc diện nguy cơ cao: Ba năm một lần.<br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Sàng lọc ung thư đại trực tràng (tiếp theo)**<br>• Các xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi đại tràng sàng lọc tiếp theo sau khi có kết quả dương tính từ xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng không xâm lấn dựa trên mẫu phân được Medicare đài thọ.<br>• Các xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi đại tràng sigma ống mềm sàng lọc hoặc nội soi đại tràng sàng lọc có kèm theo việc lấy mẫu mô hoặc xử lý vật chất khác, hoặc bất kỳ thủ thuật nào được thực hiện liên quan, phát sinh từ và trong cùng một lần thăm khám lâm sàng với xét nghiệm sàng lọc. | |
| | **Các dịch vụ tại cộng đồng (Chăm sóc tại nhà)**<br>*Để các dịch vụ tại cộng đồng được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br>Trước khi quý vị nhận được các dịch vụ dựa vào cộng đồng, trước tiên quý vị phải thảo luận về các dịch vụ này với Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành (ICT) của mình.<br>Các dịch vụ này sẽ được cung cấp theo các quy định và hướng dẫn của MassHealth (Medicaid).<br>Các dịch vụ bao gồm, nhưng không giới hạn ở:<br>• Huấn Luyện Về Alzheimer/Sa Sút Trí Tuệ<br>• Công Nghệ Hỗ Trợ cho Khám Bệnh Từ Xa<br>• Đào Tạo và Giám Sát Dịch Vụ Chăm Sóc Phức Tạp<br>• Chăm Sóc Do Người Sử Dụng Chỉ Định<br>• Điều Chỉnh Môi Trường Để Tăng Khả Năng Tiếp Cận (Cải Tạo Nhà Ở)<br>• Các Chương Trình Giáo Dục Dựa Trên Bằng Chứng<br>• Các Chương Trình Gắn Kết Mục Tiêu<br>• Mua sắm và giao hàng tạp hóa<br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Các dịch vụ tại cộng đồng (Chăm sóc tại nhà) (tiếp theo)**<br>• Liệu Pháp Cải Thiện Chức Năng<br>• Dịch vụ nội trợ<br>• Bữa ăn giao tận nhà<br>• Thuốc Đóng Gói Sẵn Giao Tận Nhà<br>• Đánh Giá An Toàn Tại Nhà Để Hỗ Trợ Khả Năng Tự Lập<br>• Dịch vụ giặt là<br>• Hệ Thống Cấp Phát Thuốc<br>• Dịch Vụ Định Hướng & Di Chuyển<br>• Hệ Thống Ứng Cứu Cá Nhân Khẩn Cấp (PERS)<br>• Hỗ Trợ Đồng Cấp<br>• Chăm sóc tạm thế<br>• Trợ Lý Hỗ Trợ Chăm Sóc Tại Nhà<br>• Hỗ Trợ Chuyển Tiếp | |
| | **Dịch vụ của trung tâm y tế cộng đồng**<br>Chương trình đài thọ các dịch vụ do trung tâm y tế cộng đồng cung cấp. Ví dụ bao gồm:<br>• thăm khám tại văn phòng với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính và bác sĩ chuyên khoa<br>• GYN<br>• giáo dục sức khỏe<br>• các dịch vụ y tế xã hội<br>• các dịch vụ dinh dưỡng, bao gồm đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường và liệu pháp dinh dưỡng y tế<br>• các dịch vụ cai thuốc lá<br>• vắc-xin không được Sở Y Tế Công Cộng Massachusetts (MDPH) đài thọ | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Dịch vụ đồng hành**<br>*Để các dịch vụ đồng hành được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br>Bao gồm các hoạt động giao lưu xã hội, hỗ trợ mua sắm và làm việc vặt, đi cùng đến các cuộc hẹn khám bác sĩ, tham gia các điểm dinh dưỡng, đi dạo, hoạt động giải trí, và hỗ trợ chuẩn bị cũng như phục vụ bữa ăn nhẹ. | $0 |
| | **Dịch vụ điều dưỡng liên tục**<br>*Để các dịch vụ điều dưỡng liên tục được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br>Các dịch vụ điều dưỡng chuyên môn chuyên sâu, liên tục hoặc điều dưỡng chuyên môn trong hơn hai giờ liên tục mỗi ngày được cung cấp tại nhà theo các quy định của MassHealth về Dịch Vụ Điều Dưỡng Liên Tục. | $0 |
| | **Dịch vụ cải thiện chức năng ban ngày**<br>*Để các dịch vụ phục hồi chức năng ban ngày được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br>Chương trình đài thọ một chương trình dịch vụ do các nhà cung cấp phục hồi chức năng ban ngày cung cấp nếu quý vị đủ điều kiện vì quý vị bị khuyết tật trí tuệ hoặc khuyết tật phát triển. Tại chương trình này, quý vị sẽ xây dựng một kế hoạch dịch vụ bao gồm mục tiêu, chỉ tiêu và các hoạt động để giúp quý vị đạt được chúng. Các dịch vụ này có thể bao gồm:<br>• các dịch vụ điều dưỡng và giám sát chăm sóc sức khỏe<br>• đào tạo kỹ năng phát triển<br>• dịch vụ trị liệu<br>• Đào tạo kỹ năng sống/kỹ năng sinh hoạt hàng ngày của người lớn | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Chăm sóc ban ngày cho người bị sa sút trí tuệ**<br><br>*Để dịch vụ chăm sóc ban ngày cho người bị sa sút trí tuệ được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Đây là các dịch vụ chuyên biệt nhằm đáp ứng nhu cầu của hội viên mắc bệnh Alzheimer, các dạng sa sút trí tuệ khác hoặc những rối loạn liên quan. Các dịch vụ này hỗ trợ tối đa hóa khả năng chức năng của hội viên và giảm thiểu hành vi gây rối. | $0 |
| | **Dịch vụ nha khoa**<br><br>*Để các dịch vụ chẩn đoán, nội nha, dịch vụ tổng quát bổ trợ, dịch vụ phục hồi, dịch vụ phục hình răng (cố định và tháo lắp), nha chu, implant và các dịch vụ liên quan, cũng như phẫu thuật miệng - hàm mặt được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình. Các yêu cầu cho phép phải được nhà cung cấp dịch vụ nha khoa trong mạng lưới điều trị của quý vị gửi trực tiếp đến người quản lý quyền lợi nha khoa của chương trình, DentaQuest, để được xem xét.*<br><br>Chương trình đài thọ cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng phòng ngừa, phục hồi và cấp cứu. Chúng tôi chi trả cho một số dịch vụ nha khoa khi dịch vụ đó là một phần không thể tách rời trong quá trình điều trị cụ thể bệnh trạng chính của một người. Ví dụ bao gồm tái tạo xương hàm sau gãy hoặc chấn thương, nhổ răng để chuẩn bị cho điều trị xạ trị ung thư liên quan đến xương hàm, hoặc khám răng miệng trước khi ghép tạng.<br><br>Ngoài ra, chương trình đài thọ các dịch vụ nha khoa sau đây dưới dạng quyền lợi bổ sung của Medicare:<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0<br><br>Các dịch vụ phải do nhà cung cấp DentaQuest thực hiện. Các giới hạn có thể được áp dụng. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh. |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|
| **Dịch vụ nha khoa (tiếp theo)**<br>• Phòng ngừa/chẩn đoán:<br>○ Khám nha khoa toàn diện (bệnh nhân mới hoặc khám nha chu toàn diện)<br>○ Khám nha khoa định kỳ hoặc khám nha khoa tập trung vào vấn đề cụ thể<br>○ Làm sạch răng miệng thường xuyên (Dự phòng)<br>○ Điều trị bằng fluor<br>○ Chụp X-quang cánh cắn<br>• Điều Trị Tủy Răng (còn gọi là Điều trị nội nha):<br>○ Điều trị tủy răng trước và răng sau, điều trị lại tủy răng và phẫu thuật cắt chóp răng<br>• Phục hồi:<br>○ Trám răng bằng vật liệu màu bạc hoặc màu răng<br>• Nha chu:<br>○ Cắt nướu/tạo hình nướu<br>○ Làm sạch sâu dưới nướu (cạo vôi răng và xử lý mặt chân răng)<br>○ Chăm sóc nha chu<br>• Dịch vụ phục hình răng (cố định):<br>○ Mão răng<br>○ Inlay, onlay và gắn lại mão răng bị bong<br>• Dịch vụ phục hình răng (tháo lắp):<br>○ Răng giả: răng giả toàn hàm, răng giả bán phần, răng giả phủ hoặc răng giả tức thì (hàm trên và hàm dưới)<br>○ Chỉnh thẳng lại và điều chỉnh răng giả toàn phần<br>○ Sửa chữa, thay thế răng, lót răng giả<br>○ Làm sạch và kiểm tra răng giả tháo lắp - một phần và toàn phần<br>• Dịch vụ implant:<br>○ Đặt trụ implant, mão răng được nâng đỡ bằng implant<br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Dịch vụ nha khoa (tiếp theo)**<br>• Phẫu thuật miệng và hàm mặt:<br>  ○ Nhổ răng<br>  ○ Sinh thiết và phẫu thuật mô mềm<br>  ○ Ghép xương<br>• Dịch vụ tổng quát bổ trợ:<br>  ○ An thần và gây mê<br>**Những dịch vụ dưới đây được đài thọ mà không có sự cho phép trước**:<br>• Đánh giá và chụp X-quang răng miệng toàn diện và định kỳ<br>• Làm sạch răng miệng thường xuyên và điều trị fluor<br>• Làm sạch sâu dưới nướu (cạo vôi răng và xử lý mặt chân răng)<br>• Nhổ răng<br>• Trám răng bằng vật liệu màu bạc hoặc màu răng<br>• Răng giả và bộ phận phục hồi một phần<br>• Chăm sóc cấp cứu<br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|

**Dịch vụ nha khoa (tiếp theo)**

**Các giới hạn tần suất sau đây sẽ được áp dụng.** *Danh sách này không bảo đảm giới hạn bảo hiểm*

| Dịch Vụ Nha Khoa | Tần suất |
|---|---|
| Khám sức khỏe định kỳ | 2 lần mỗi năm dương lịch |
| Khám sức khỏe đầy đủ (toàn diện) | 36 tháng 1 lần |
| Bộ phim X-quang đầy đủ | 36 tháng 1 lần |
| X-quang thông thường | 12 tháng 1 lần |
| X-quang cắn cánh đứng, chụp toàn cảnh hoặc chụp CT | 36 tháng 1 lần |
| Vệ sinh răng miệng định kỳ | 2 mỗi năm dương lịch |
| Trám răng màu răng hoặc màu bạc | Mỗi răng/bề mặt răng một lần trong 36 tháng |
| Mão răng | 1 lần cho mỗi răng trong 5 năm |
| Điều trị tủy răng | 1 lần cho mỗi răng trong suốt đời |
| Điều trị lại tủy răng | 1 lần cho mỗi răng trong suốt đời |
| Phẫu thuật nướu (cắt nướu) | Một lần cho mỗi vùng hàm trong 36 tháng |
| Làm sạch sâu (cạo vôi răng) | 24 tháng một lần |
| Bất kỳ loại răng giả hoặc răng giả bán phần nào | 60 tháng một lần |
| Điều chỉnh hoặc sửa chữa răng giả hoặc răng giả bán phần | Một lần mỗi năm dương lịch |
| Đệm lại hoặc làm lại nền răng giả | 36 tháng một lần |
| Implant | 2 mỗi năm, tại bất kỳ vị trí nào trong miệng |
| Các bộ phận liên quan đến implant và mão răng | 2 mỗi năm, tại bất kỳ vị trí nào trong miệng |

Các dịch vụ phải do nhà cung cấp DentaQuest thực hiện. Các giới hạn bổ sung có thể được áp dụng. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Sàng lọc chứng trầm cảm**<br><br>Chúng tôi chi trả cho một lần khám sàng lọc chứng trầm cảm mỗi năm. Việc khám sàng lọc phải được thực hiện tại cơ sở chăm sóc chính có thể cung cấp điều trị theo dõi và/hoặc giấy giới thiệu. | $0 |
| | **Sàng lọc bệnh tiểu đường**<br><br>Chúng tôi chi trả cho việc khám sàng lọc này (bao gồm xét nghiệm glucose trong máu khi nhịn ăn) nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây:<br>• huyết áp cao (tăng huyết áp)<br>• tiền sử mức cholesterol và triglyceride bất thường (rối loạn lipid máu)<br>• béo phì<br>• tiền sử đường huyết (glucose) cao<br><br>Các xét nghiệm có thể được đài thọ trong một số trường hợp khác, chẳng hạn như nếu quý vị thừa cân và có tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường.<br><br>Quý vị có thể đủ điều kiện nhận tối đa hai lần khám sàng lọc bệnh tiểu đường 12 tháng một lần sau ngày thực hiện xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường gần đây nhất. | $0 |
| | **Đào tạo, dịch vụ và vật tư tự kiểm soát bệnh tiểu đường**<br><br>*Để hơn năm que thử mỗi ngày, máy đo đường huyết và vật tư không thuộc nhãn hiệu ưu tiên, các thiết bị có tính năng hỗ trợ, hoặc bất kỳ máy đo đường huyết liên tục và vật tư liên quan nào (cả ưu tiên và không ưu tiên) được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây dành cho tất cả những người mắc bệnh tiểu đường (bất kể có sử dụng insulin hay không):<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Đào tạo, dịch vụ và vật tư tự kiểm soát bệnh tiểu đường (tiếp theo)**<br>• Các vật tư để theo dõi đường huyết của quý vị, bao gồm:<br>○ máy đo đường huyết<br>○ que thử đường huyết<br>○ thiết bị trích và kim chích máu<br>○ dung dịch kiểm soát đường huyết để kiểm tra độ chính xác của que thử và máy đo<br>▪ Máy đo đường huyết ưu tiên của chúng tôi là máy đo đường huyết và que thử Accu-Chek®, FreeStyle và Precision (tối đa năm que thử mỗi ngày). Thành viên trong chương trình có thể mua máy đo đường huyết Accu-Chek tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Thành viên trong chương trình có thể mua máy đo đường huyết FreeStyle hoặc Precision tại các nhà thuốc trong mạng lưới bằng cách cung cấp cho nhà thuốc các thông tin sau đây: Mã BIN Rx: 610020 Số Nhóm: 99992432 Số ID: ERXMASSHEAL hoặc bằng cách gọi đến Abbott Diabetes Care theo số 1-866-224-8892 với Mã Ưu Đãi A35ABII0. Quý vị cũng có thể đặt hàng loại Freestyle bằng cách ghi danh tại địa chỉ ChooseFreeStyle.com với Mã Ưu Đãi A35ABII0.<br>▪ Máy đo đường huyết liên tục ưu tiên của chúng tôi là máy đo đường huyết Freestyle Libre và các vật tư đi kèm. Hội viên có thể nhận thiết bị Freestyle Libre tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Các sản phẩm khác ngoài FreeStyle Libre sẽ chỉ được đài thọ khi có tài liệu chứng minh FreeStyle Libre bị lỗi hoặc lý do khác khiến máy này không sử dụng được về mặt y tế.<br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Đào tạo, dịch vụ và vật tư tự kiểm soát bệnh tiểu đường (tiếp theo)**<br>• Các hội viên có nhu cầu rõ ràng, bao gồm khiếm thị nặng hoặc suy giảm khả năng vận động bằng tay, có thể yêu cầu máy đo đường huyết có các tính năng thích ứng, chẳng hạn như bộ tổng hợp giọng nói tích hợp hoặc thiết bị trích tích hợp.<br>• Đối với những người mắc bệnh tiểu đường bị bệnh về chân do tiểu đường nặng, chúng tôi chi trả cho những khoản sau:<br>○ một đôi giày trị liệu được đúc tùy chỉnh (bao gồm cả miếng lót), kèm theo việc đo chỉnh và hai cặp miếng lót bổ sung mỗi năm theo lịch, **hoặc**<br>○ một đôi giày có độ sâu, kèm theo việc đo chỉnh và ba cặp miếng lót mỗi năm (không bao gồm các miếng lót không tùy chỉnh có thể tháo ra được cung cấp cùng với giày)<br>• Trong một số trường hợp, chúng tôi trả tiền đào tạo để giúp quý vị kiểm soát bệnh tiểu đường. Để tìm hiểu thêm, liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.<br>**Lưu ý:** Ống tiêm và insulin (trừ phi được sử dụng với bơm insulin) được đài thọ theo quyền lợi thuốc theo toa của bệnh nhân ngoại trú. | |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Thiết bị y tế lâu bền (DME) và các vật tư liên quan**<br><br>*Để thiết bị y tế lâu bền và các vật tư liên quan được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Tham khảo **Chương 12** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết định nghĩa về "Thiết bị y tế lâu bền (DME)."<br><br>Chúng tôi đài thọ các vật dụng sau đây:<br>• xe lăn<br>• nạng<br>• hệ thống nệm chạy điện<br>• vật tư cho bệnh tiểu đường<br>• giường bệnh được nhà cung cấp chỉ định để sử dụng tại nhà<br>• bơm và giá truyền tĩnh mạch (IV)<br>• thiết bị tạo giọng nói<br>• thiết bị cung cấp oxy và vật tư<br>• máy xông khí dung<br>• khung tập đi<br>• gậy cong tiêu chuẩn hoặc gậy bốn chân và vật tư thay thế<br>• thiết bị kéo giãn cổ (qua cửa)<br>• máy kích thích xương<br>• thiết bị chăm sóc lọc máu Các vật tư khác có thể được đài thọ.<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 đối với thiết bị y tế lâu bền được Medicare và MassHealth (Medicaid) đài thọ và các nguồn vật tư liên quan.<br><br>Chi phí chia sẻ của quý vị cho thiết bị cung cấp oxy được Medicare đài thọ là $0. |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Thiết bị y tế lâu bền (DME) và các vật tư liên quan (tiếp theo)**<br><br>Chúng tôi chi trả cho tất cả DME cần thiết về mặt y tế mà Medicare và MassHealth (Medicaid) thường chi trả. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi trong khu vực của quý vị không bán hàng thuộc nhãn hiệu hay nhà sản xuất cụ thể, quý vị có thể đề nghị xem họ có thể đặt hàng riêng cho mình hay không.<br><br>Nói chung, chương trình của chúng tôi đài thọ mọi DME được Medicare và MassHealth (Medicaid) đài thọ từ các nhãn hiệu và nhà sản xuất có trong danh sách này. Chúng tôi không đài thọ cho các nhãn hiệu và nhà sản xuất khác trừ phi bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị cho chúng tôi biết rằng quý vị cần nhãn hiệu đó. Nếu quý vị mới tham gia chương trình của chúng tôi và sử dụng nhãn hiệu DME không có trong danh sách của chúng tôi, chúng tôi sẽ tiếp tục thanh toán cho nhãn hiệu này cho quý vị trong tối đa 90 ngày. Trong thời gian này, vui lòng trao đổi với bác sĩ của quý vị để quyết định nhãn hiệu nào phù hợp với quý vị về mặt y tế sau khoảng thời gian 90 ngày. (Nếu quý vị không đồng ý với bác sĩ của mình, quý vị có thể yêu cầu họ giới thiệu cho quý vị để nhận ý kiến thứ hai.)<br><br>Nếu quý vị (hoặc bác sĩ của quý vị) không đồng ý với quyết định bảo hiểm của chương trình chúng tôi, quý vị hoặc bác sĩ của quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không đồng ý với quyết định của bác sĩ về sản phẩm hoặc nhãn hiệu nào phù hợp với bệnh trạng của quý vị. Để biết thêm thông tin về khiếu nại, tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này.<br><br>Chương trình đài thọ một ghế nâng một lần trong suốt đời, tối đa là $900. Quý vị phải tự trả mọi chi phí vượt quá giới hạn bảo hiểm $900 của chương trình. | $0 cho ghế nâng tựa lưng, tối đa $900, một lần duy nhất trong đời. Quý vị phải tự trả mọi chi phí vượt quá giới hạn bảo hiểm $900 của chương trình.<br><br>Lưu ý: Nếu quý vị là bệnh nhân tai một cơ sở hoặc một phần riêng biệt của cơ sở cung cấp các dịch vụ được mô tả trong Đạo Luật An Sinh Xã Hội, Mục 1819(a)(1) hoặc Mục 1819(e)(1), quý vị không được hưởng bảo hiểm cho việc thuê hoặc mua thiết bị y tế lâu bền vì những cơ sở như vậy không được coi là nhà ở của quý vị. Các cơ sở không được coi là nhà ở bao gồm nhưng không giới hạn ở cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) hoặc một phần riêng biệt của SNF. |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Chăm sóc cấp cứu**<br><br>Chăm sóc cấp cứu nghĩa là các dịch vụ:<br>• được thực hiện bởi một nhà cung cấp được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu,<br>• cần thiết để đánh giá hoặc điều trị một tình trạng cấp cứu y tế.<br><br>Tình trạng cấp cứu y tế là bệnh, chấn thương, cơn đau nghiêm trọng hoặc bệnh trạng nhanh chóng chuyển biến xấu. Tình trạng này nghiêm trọng đến mức, nếu không được chăm sóc y tế ngay lập tức, bất cứ ai có hiểu biết trung bình về sức khỏe và y khoa đều có thể dự đoán được kết quả:<br>• ảnh hưởng nghiêm trọng đến tính mạng của quý vị; **hoặc**<br>• tổn hại nghiêm trọng đến các chức năng cơ thể; **hoặc**<br>• mất chi, hoặc mất chức năng của chi.<br><br>Chương trình của chúng tôi đài thọ các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp ngoài Hoa Kỳ (trên toàn thế giới) trong các trường hợp sau: dịch vụ khẩn cấp, bao gồm cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết khẩn cấp và vận chuyển bằng xe cấp cứu từ hiện trường cấp cứu đến cơ sở điều trị y tế gần nhất. Dịch vụ vận chuyển từ một quốc gia khác về Hoa Kỳ không được đài thọ. Các phương pháp điều trị được lên lịch trước, được lên kế hoạch trước (bao gồm lọc máu cho bệnh trạng đang diễn ra), chăm sóc/lần khám định kỳ và/hoặc các thủ thuật tự chọn không được đài thọ bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ. | $0<br><br>Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và cần dịch vụ chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị ổn định, quý vị phải chuyển đến một bệnh viện trong mạng lưới để dịch vụ chăm sóc của quý vị tiếp tục được thanh toán. Quý vị chỉ có thể ở lại bệnh viện ngoài mạng lưới để nhận dịch vụ chăm sóc nội trú nếu chương trình của chúng tôi chấp thuận cho thời gian nằm viện của quý vị. |
| | **Điều phối dịch vụ hỗ trợ người già**<br><br>Đánh giá tại nhà và điều phối dịch vụ tại nhà do nhân viên Điểm Tiếp Cận Dịch Vụ Chăm Sóc Người Cao Tuổi (ASAP) cung cấp. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Chăm sóc phụng dưỡng người lớn theo nhóm**<br><br>*Để dịch vụ chăm sóc phụng dưỡng người lớn theo nhóm được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chương trình đài thọ các dịch vụ do các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc phụng dưỡng người lớn theo nhóm cung cấp cho các hội viên đủ điều kiện. Các dịch vụ này được thực hiện trong môi trường nhà ở có hỗ trợ nhóm và có thể bao gồm những hoạt động sau đây:<br>• hỗ trợ các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, các hoạt động sinh hoạt phức tạp hàng ngày và chăm sóc cá nhân<br>• giám sát<br>• giám sát điều dưỡng<br>• quản lý chăm sóc | $0 |
| | **Các chương trình giáo dục sức khỏe thể chất và tinh thần**<br><br>**Tư Cách Thành Viên trong Câu Lạc Bộ Sức Khỏe/Lớp Tập Thể Dục**<br>• Bảo hiểm tối đa $400 cho máy theo dõi thể dục mới, thiết bị tập luyện hỗ trợ tim mạch mới và/hoặc tư cách thành viên trong câu lạc bộ sức khỏe hoặc cơ sở thể dục đủ điều kiện và/hoặc các lớp học thể dục có hướng dẫn được đài thọ.<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 cho:<br>• Tối đa $ 400 cho máy theo dõi thể dục mới, thiết bị tập luyện hỗ trợ tim mạch mới và/hoặc tư cách thành viên trong câu lạc bộ sức khỏe hoặc cơ sở thể dục đủ điều kiện<br>• Quyền lợi dinh dưỡng<br>• Bản tin<br>• Lớp học giáo dục sức khỏe thể chất/tinh thần<br>• Chương trình Quản Lý Trường Hợp và Quản Lý Hồ Sơ Bệnh<br>• Chương trình Thuốc Truyền |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Các chương trình giáo dục sức khỏe thể chất và tinh thần (tiếp theo)**<br><br>**Quyền Lợi Dinh Dưỡng**<br>• Tư vấn liệu pháp dinh dưỡng cá nhân hoặc theo nhóm không giới hạn, dành cho tất cả hội viên, khi được thực hiện bởi chuyên viên dinh dưỡng có chứng chỉ hành nghề hoặc chuyên gia dinh dưỡng khác trong mạng lưới.<br><br>**Giáo Dục Sức Khỏe**<br>• Thông tin truyền thông chứa đựng kiến thức giúp quý vị duy trì sức khỏe.<br>• Các lớp học giáo dục sức khỏe thể chất/tinh thần – Hội viên phải nhận dịch vụ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới.<br>• Các chương trình Quản Lý Trường Hợp và Quản Lý Hồ Sơ Bệnh có sẵn cho các hội viên mắc các bệnh mạn tính như tiểu đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh động mạch vành và hen suyễn.<br>• Chương trình Thuốc Truyền có sẵn cho các hội viên đang điều trị bằng thuốc truyền để giúp bảo đảm rằng các thuốc truyền được truyền trong môi trường thích hợp và thuận tiện nhất cho hội viên.<br><br>Để biết thêm thông tin về bất kỳ chương trình giáo dục sức khỏe thể chất và tinh thần nào trong số này, vui lòng gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số ở cuối trang. | |
| | **Các dịch vụ thính giác, bao gồm cả máy trợ thính**<br><br>*Để các dịch vụ thính giác được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chúng tôi chi trả cho các bài kiểm tra thính giác và cân bằng do nhà cung cấp của quý vị thực hiện. Những bài kiểm tra này cho quý vị biết liệu quý vị có cần điều trị y tế hay không. Những bài kiểm tra này được đài thọ dưới dạng dịch vụ chăm sóc ngoại trú khi quý vị nhận từ bác sĩ, bác sĩ thính học hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác.<br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 cho mỗi dịch vụ thính giác được Medicare và MassHealth (Medicaid) đài thọ. |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Các dịch vụ thính giác, bao gồm cả máy trợ thính (tiếp theo)**<br>Chương trình cũng đài thọ các dịch vụ sau:<br>• Cung cấp và phát máy trợ thính, pin và phụ kiện<br>• Hướng dẫn sử dụng, chăm sóc và quản lý máy trợ thính<br>• khuôn tai<br>• lấy dấu tai<br>• cho mượn máy trợ thính khi cần thiết<br>• khám thính lực định kỳ<br>• các dịch vụ chẩn đoán<br>• một máy trợ thính cho mỗi tai, có thể là một máy trợ thính hai bên hoặc hai máy trợ thính đơn bên, mỗi 60 tháng theo quy định của MassHealth (Medicaid) | |
| 🍎 | **Sàng lọc HIV**<br>Chúng tôi chi trả cho một lần khám sàng lọc HIV 12 tháng một lần cho những người:<br>• yêu cầu xét nghiệm sàng lọc HIV, **hoặc**<br>• có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn. | $0 |
| | **Dịch vụ chăm sóc từ cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà**<br>*Để dịch vụ chăm sóc của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br>Trước khi quý vị có thể nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, bác sĩ phải cho chúng tôi biết quý vị cần các dịch vụ này và các dịch vụ này phải được một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà cung cấp.<br>Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây do cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà cung cấp và có thể đài thọ các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:<br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Dịch vụ chăm sóc từ cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà (tiếp theo)**<br>• dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và trợ lý hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà bán thời gian, không liên tục và liên tục (Để được đài thọ theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại nhà, tổng thời gian dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và trợ lý hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà của quý vị phải dưới tám giờ mỗi ngày và 35 giờ mỗi tuần.)<br>• cho dùng thuốc<br>• vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và trị liệu âm ngữ<br>• dịch vụ y tế và xã hội<br>• thiết bị và vật tư y tế | |
| | **Dịch vụ trợ lý hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà**<br>*Để dịch vụ chăm sóc của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br>Chương trình đài thọ các dịch vụ từ một trợ lý hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà, dưới sự giám sát của RN được cấp phép hoặc chuyên gia khác, cho các hội viên đủ điều kiện. Các dịch vụ có thể bao gồm:<br>• thay băng đơn giản<br>• hỗ trợ sử dụng thuốc<br>• các hoạt động hỗ trợ trị liệu chuyên môn<br>• bảo dưỡng định kỳ các thiết bị giả và thiết bị chỉnh hình | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Liệu pháp tiêm truyền tại nhà**<br><br>Chương trình của chúng tôi chi trả cho liệu pháp tiêm truyền tại nhà, được định nghĩa là thuốc hoặc các chất sinh học được truyền vào tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da và thực hiện tại nhà. Để thực hiện tiêm truyền tại nhà, cần có:<br>• thuốc hoặc chất sinh học, ví dụ: thuốc kháng virus hoặc globulin miễn dịch;<br>• thiết bị, chẳng hạn như bơm; **và**<br>• vật tư, chẳng hạn như ống truyền hoặc ống thông.<br><br>Chương trình của chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ tiêm truyền tại nhà bao gồm nhưng không giới hạn ở:<br>• các dịch vụ chuyên môn, bao gồm cả dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp theo Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa (ICP) của quý vị;<br>• đào tạo và giáo dục hội viên chưa được bao gồm trong quyền lợi về DME;<br>• giám sát từ xa; **và**<br>• 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 điều kiện thực hiện.<br><br>Một số thuốc có thể được đài thọ theo Medicare Phần D. | $0 |
| | **Dịch vụ tạm thế y tế cho người vô gia cư**<br><br>Quý vị có quyền tiếp cận hỗ trợ trước và sau khi nội soi đại tràng để chuẩn bị và hồi phục sau thủ thuật nội soi.<br><br>Quý vị có quyền tiếp cận hỗ trợ hồi phục sau các vấn đề y tế cấp tính, quản lý trường hợp và điều hướng sức khỏe và giới thiệu để giải quyết các nhu cầu sức khỏe và xã hội khác, đồng thời lập kế hoạch hỗ trợ chuyển đổi sang các cơ sở trong cộng đồng. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Chăm sóc cuối đời**<br><br>Quý vị có quyền chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời nếu nhà cung cấp và giám đốc y khoa về chăm sóc cuối đời của quý vị xác định quý vị có tiên lượng giai đoạn cuối. Điều này có nghĩa là quý vị mắc bệnh nan y và dự kiến còn sống được sáu tháng trở xuống. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Chương trình của chúng tôi phải giúp quý vị tìm các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận ở khu vực dịch vụ của chương trình, bao gồm các chương trình mà chúng tôi 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 nhà cung cấp ngoài mạng lưới.<br><br>Các dịch vụ được đài thọ bao gồm:<br>• thuốc để điều trị các triệu chứng và giảm đau<br>• chăm sóc tạm thế ngắn hạn<br>• chăm sóc tại nhà<br><br>Khi quý vị được tiếp nhận vào chương trình chăm sóc cuối đời, quý vị có quyền tiếp tục ở lại chương trình của chúng tôi.<br><br>• Nếu quý vị chọn nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời tại cơ sở điều dưỡng, NaviCare HMO SNP hoặc NaviCare NHC HMO SNP sẽ đài thọ chi phí tiền phòng và ăn uống.<br><br>**Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đài thọ liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị được lập hóa đơn cho Medicare.**<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0<br><br>Khi quý vị ghi danh tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận, các dịch vụ chăm sóc cuối đời và dịch vụ Phần A và Phần B liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị được Original Medicare chi trả, chứ không phải chương trình của chúng tôi.<br><br>$0 cho hội viên đủ điều kiện nhận dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời. |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Chăm sóc cuối đời (tiếp theo)**<br>• Original Medicare (thay vì chương trình của chúng tôi) sẽ chi trả cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và bất kỳ dịch vụ Phần A hoặc B nào liên quan đến bệnh nan y của quý vị. Trong khi quý vị đang 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 chi trả.<br><br>**Đối với các dịch vụ được chương trình của chúng tôi đài thọ nhưng không được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đài thọ:**<br>• Chương trình của chúng tôi đài thọ các dịch vụ không được đài thọ theo Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B. Chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ cho dù các dịch vụ này có liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị không phải chi trả bất kỳ khoản nào cho các dịch vụ này.<br><br>**Đối với các thuốc có thể được quyền lợi Medicare Phần D của chương trình chúng tôi đài thọ:**<br>• Thuốc không bao giờ được cả chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi đồng thời đài thọ. Để biết thêm thông tin, tham khảo **Chương 5** của *Sổ Tay Hội Viên* này.<br><br>**Lưu ý:** Nếu quý vị cần dịch vụ không phải chăm sóc cuối đời, vui lòng gọi cho Điều Hướng Viên và/hoặc Phòng Dịch Vụ Ghi Danh để sắp xếp các dịch vụ. Dịch vụ không phải chăm sóc cuối đời là dịch vụ chăm sóc **không** liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị.<br><br>Chương trình của chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ tư vấn về chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) cho một hội viên bị bệnh nan y chưa chọn quyền lợi chăm sóc cuối đời. | |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
|  | **Tiêm phòng**<br><br>*Để vắc-xin ngừa Viêm Gan B được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:<br>• vắc-xin ngừa viêm phổi<br>• chích ngừa cúm, một lần mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, kèm theo các mũi chích ngừa bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế<br>• vắc-xin viêm gan B nếu quý vị chưa từng được tiêm đủ một liệu trình, không biết lịch sử tiêm chủng của mình hoặc có bất kỳ tình trạng nào khác khiến quý vị có nguy cơ cao hoặc trung bình mắc viêm gan B<br>• vắc-xin ngừa COVID-19<br>• các loại vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ và những vắc-xin đó đáp ứng các quy tắc bảo hiểm Medicare Phần B<br><br>Chúng tôi chi trả cho các vắc-xin khác đáp ứng các quy tắc bảo hiểm Medicare Phần D. Tham khảo **Chương 6** của *Sổ Tay Hội Viên* này để tìm hiểu thêm. | $0 |
| | **Điều dưỡng độc lập**<br>*Để các dịch vụ điều dưỡng độc lập được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chương trình đài thọ dịch vụ chăm sóc do y tá độc lập cung cấp tại nhà của quý vị. Điều này bao gồm một lần thăm khám điều dưỡng kéo dài hơn hai giờ liên tục cung cấp các dịch vụ điều dưỡng cho những cá nhân sống trong cộng đồng. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Chăm sóc sức khỏe hành vi nội trú**<br>*Để dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi nội trú được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br>Các dịch vụ nội trú, chẳng hạn như:<br>• dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú để đánh giá và điều trị tình trạng tâm thần cấp tính<br>• dịch vụ điều trị nội trú cho rối loạn do sử dụng chất kích thích<br>• giường giám sát/quan sát<br>• các dịch vụ ban ngày cần thiết về mặt hành chính<br>Theo chương trình này, không có giới hạn trọn đời về số ngày mà hội viên có thể có trong cơ sở chăm sóc sức khỏe hành vi nội trú. | $0 |
| | **Chăm sóc tại bệnh viện nội trú**<br>*Để dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện nội trú được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br>Bao gồm dịch vụ nội trú cấp tính, phục hồi chức năng nội trú, bệnh viện chăm sóc dài hạn và các loại dịch vụ nội trú tại bệnh viện khác. Dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện nội trú bắt đầu vào ngày quý vị chính thức nhập viện theo chỉ định của bác sĩ. Ngày trước khi quý vị xuất viện là ngày nội trú cuối cùng của quý vị.<br>Medicare đài thọ tối đa 90 ngày trong bệnh viện chăm sóc cấp tính cho mỗi giai đoạn nhận quyền lợi. Điều này bao gồm sức khỏe hành vi, dịch vụ điều trị rối loạn do lạm dụng chất kích thích và dịch vụ phục hồi chức năng. MassHealth (Medicaid) đài thọ cho thời gian nằm viện nội trú của quý vị vượt quá giới hạn 90 ngày khi cần thiết về mặt y tế. Xem **Chương 12** để biết lời giải thích về "giai đoạn nhận quyền lợi".<br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0<br>Quý vị phải được chương trình của chúng tôi phê duyệt để nhận dịch vụ chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị ổn định. |

| | | |
|---|---|---|
| | **Chăm sóc tại bệnh viện nội trú (tiếp theo)**<br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây và các dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác không được liệt kê ở đây:<br>• phòng riêng hai người (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế)<br>• các bữa ăn, bao gồm cả chế độ ăn đặc biệt<br>• dịch vụ điều dưỡng thường quy<br>• chi phí tại các đơn vị chăm sóc đặc biệt, như hồi sức tích cực hoặc chăm sóc mạch vành<br>• thuốc men và dược phẩm<br>• xét nghiệm trong phòng thí nghiệm<br>• chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến khác<br>• vật tư phẫu thuật và y tế cần thiết<br>• các thiết bị, chẳng hạn như xe lăn<br>• dịch vụ phòng phẫu thuật và phòng hồi sức<br>• vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và trị liệu âm ngữ<br>• dịch vụ điều trị nội trú cho rối loạn do sử dụng chất kích thích<br>• trong một số trường hợp, các loại cấy ghép sau: giác mạc, thận, thận/tuyến tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và ruột/đa tạng. Nếu quý vị cần cấy ghép, một trung tâm cấy ghép được Medicare phê duyệt sẽ xem xét trường hợp của quý vị và quyết định xem quý vị có đủ điều kiện cấy ghép hay không. Các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể ở địa phương hoặc bên ngoài khu vực dịch vụ. Nếu các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép tại địa phương sẵn sàng chấp nhận mức chi trả của Medicare, thì quý vị có thể nhận các dịch vụ cấy ghép tại địa phương hoặc bên ngoài mô hình chăm sóc cho cộng đồng của quý vị. Nếu chương trình của chúng tôi cung cấp các dịch vụ cấy ghép ngoài mô hình chăm sóc cho cộng đồng của chúng tôi và quý vị chọn nhận ca cấy ghép ở đó, chúng tôi sẽ sắp xếp hoặc thanh toán chi phí chỗ ở và đi lại cho quý vị và một người nữa.<br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Chăm sóc tại bệnh viện nội trú (tiếp theo)**<br>• máu, bao gồm lưu trữ và thực hiện truyền máu. Bảo hiểm máu toàn phần và hồng cầu cô đặc bắt đầu từ đơn vị máu đầu tiên mà quý vị cần.<br>• các dịch vụ bác sĩ<br>**Lưu ý:** Để được coi là bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp của quý vị phải viết y lệnh chính thức cho việc nhập viện nội trú tại 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 mình là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, hãy hỏi nhân viên bệnh viện.<br>Tham khảo thêm thông tin trong tờ thông tin *Quyền lợi bệnh viện Medicare*. Tài liệu thông tin này có tại Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf hoặc bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. | |
| | **Các dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần**<br>*Để các dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cần phải nằm viện. Medicare đài thọ tối đa 190 ngày chăm sóc tại bệnh viện tâm thần cho bệnh nhân nội trú trong suốt cuộc đời của quý vị. Dịch vụ điều trị nội trú tại một bệnh viện tâm thần chỉ tính đến giới hạn suốt đời 190 ngày nếu các điều kiện nhất định được thỏa mãn. Giới hạn này không áp dụng cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú được cung cấp tại khoa tâm thần của bệnh viện đa khoa. MassHealth (Medicaid) sẽ đài thọ chi phí nằm viện nội trú tại bệnh viện tâm thần vượt quá giới hạn của Medicare. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được đài thọ trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) trong thời gian nằm viện nội trú không được đài thọ**<br><br>*Để các dịch vụ dưới đây trong bệnh viện cấp tính hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) được đài thọ trong trường hợp việc nhập viện bị từ chối hoặc đã vượt quá giới hạn số ngày, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Như đã mô tả ở trên, chương trình đài thọ tối đa số ngày không giới hạn cho mỗi giai đoạn nhận quyền lợi đối với dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện nội trú và tối đa 100 ngày cho mỗi giai đoạn nhận quyền lợi đối với dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF). Quý vị được đài thọ tối đa 90 ngày chăm sóc trong mỗi kỳ quyền lợi tại cơ sở phục hồi chức năng nội trú hoặc đơn vị phục hồi chức năng của bệnh viện chăm sóc cấp tính. Nếu quý vị vượt quá giới hạn 90 ngày trong một giai đoạn nhận quyền lợi, quý vị có thể sử dụng số ngày dự trữ trọn đời của mình để được bảo hiểm thêm.<br><br>Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây trong thời gian quý vị ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng và có thể thanh toán cho các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:<br>• dịch vụ của bác sĩ<br>• xét nghiệm chẩn đoán, như xét nghiệm trong phòng thí nghiệm<br>• chụp X-quang, điều trị bằng radium và đồng vị phóng xạ, bao gồm vật liệu và dịch vụ kỹ thuật viên<br>• băng phẫu thuật<br>• nẹp, bó bột, và các thiết bị khác dùng cho gãy xương và trật khớp<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được đài thọ trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) trong thời gian nằm viện nội trú không được đài thọ (tiếp theo)**<br>• bộ phận giả và thiết bị chỉnh hình, ngoại trừ nha khoa, bao gồm cả việc thay thế hoặc sửa chữa các thiết bị này. Đây là các thiết bị thay thế toàn bộ hoặc một phần cho:<br>o một cơ quan nội tạng (bao gồm mô liền kề), **hoặc**<br>o chức năng của một cơ quan nội tạng bị ngừng hoạt động hoặc trục trặc.<br>• nẹp chân, cánh tay, lưng và cổ, đai thoát vị; chân tay giả và mắt giả. Điều này bao gồm việc điều chỉnh, sửa chữa và thay thế do hỏng hóc, hao mòn, mất mát hoặc thay đổi tình trạng sức khỏe của quý vị<br>• vật lý trị liệu, trị liệu ngôn ngữ và hoạt động trị liệu | |
| | **Chăm sóc trông nom tại cơ sở**<br>*Để các dịch vụ chăm sóc tại cơ sở được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br>Các dịch vụ như điều dưỡng, hỗ trợ các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, trị liệu, dinh dưỡng, và thuốc hoặc chế phẩm sinh học được cung cấp trong thời gian lưu trú tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn được cấp phép, nếu không được Medicare đài thọ. Hội viên có thể phải chịu trách nhiệm tài chính theo quy định Số Tiền Bệnh Nhân Masshealth Phải Trả. Các dịch vụ được đài thọ theo quy định về Cơ Sở Điều Dưỡng của MassHealth. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Các dịch vụ và vật tư cho bệnh thận**<br><br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:<br>• Dịch vụ giáo dục về bệnh thận nhằm hướng dẫn chăm sóc thận và giúp quý vị đưa ra quyết định đúng đắn về dịch vụ chăm sóc của mình. Quý vị phải bị bệnh thận mạn tính giai đoạn IV và bác sĩ của quý vị phải giới thiệu quý vị. Chúng tôi đài thọ tối đa sáu buổi dịch vụ giáo dục về bệnh thận.<br>• Điều trị lọc máu ngoại trú, bao gồm điều trị lọc máu khi tạm thời ra khỏi khu vực dịch vụ, như đã giải thích trong **Chương 3** của *Sổ Tay Hội Viên* này, hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này tạm thời không làm việc hoặc không thể tiếp cận.<br>• Điều trị lọc máu nội trú nếu quý vị được nhập viện với tư cách bệnh nhân nội trú để được chăm sóc đặc biệt<br>• Đào tạo tự lọc máu, bao gồm đào tạo cho quý vị và bất kỳ ai giúp quý vị điều trị lọc máu tại nhà<br>• Thiết bị và vật tư lọc máu tại nhà<br>• Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà, chẳng hạn như các chuyến thăm cần thiết của nhân viên lọc máu được đào tạo để kiểm tra lọc máu tại nhà của quý vị, để giúp đỡ trong trường hợp cấp cứu và kiểm tra thiết bị cũng như nguồn nước cho lọc máu.<br><br>Medicare Phần B thanh toán cho một số thuốc sử dụng trong điều trị lọc máu. Để biết thông tin, tham khảo “Các thuốc Medicare Phần B” trong bảng này. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|
| **Sàng lọc ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (LDCT)**<br><br>Chương trình của chúng tôi thanh toán cho dịch vụ sàng lọc ung thư phổi 12 tháng một lần nếu quý vị:<br>• ở độ tuổi 65-77, **và**<br>• có một lần thăm khám tư vấn và ra quyết định chia sẻ với bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác, **và**<br>• đã hút ít nhất một bao thuốc mỗi ngày trong 20 năm mà không có dấu hiệu hoặc triệu chứng ung thư phổi, hoặc đang hút thuốc, hoặc đã bỏ thuốc trong vòng 15 năm qua<br><br>Sau lần khám sàng lọc đầu tiên, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán cho một lần khám sàng lọc khác mỗi năm với điều kiện có y lệnh bằng văn bản từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác. Nếu một nhà cung cấp chọn thực hiện buổi tư vấn sàng lọc ung thư phổi và buổi khám dựa trên quyết định chia sẻ cho sàng lọc ung thư phổi, thì lần thăm khám đó phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare cho những lần thăm khám đó. | $0 |
| **Liệu pháp dinh dưỡng y tế**<br><br>Chương trình đài thọ các dịch vụ tư vấn và liệu pháp chẩn đoán dinh dưỡng để giúp quý vị kiểm soát bệnh trạng (chẳng hạn như bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận).<br><br>MassHealth (Medicaid) có thể đài thọ liệu pháp dinh dưỡng y tế cho những hội viên không đáp ứng các tiêu chí của Medicare.<br><br>Các dịch vụ bổ sung được chương trình đài thọ bao gồm:<br>• Tổng cộng ba lần thăm khám tư vấn liệu pháp dinh dưỡng y tế bổ sung theo hình thức một-một mỗi năm cho tất cả các hội viên (chẩn đoán được Medicare đài thọ và không được Medicare đài thọ). Các hội viên phải nhận dịch vụ từ chuyên viên dinh dưỡng đã đăng ký hoặc chuyên gia dinh dưỡng khác trong mạng lưới. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Vận chuyển không cấp cứu cần thiết về mặt y tế**<br><br>*Để dịch vụ vận chuyển bằng xe cứu thương (không cấp cứu) được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chương trình đài thọ dịch vụ vận chuyển mà quý vị cần vì các lý do y tế khác ngoài trường hợp cấp cứu. Bao gồm các dịch vụ xe ghế ngồi, taxi, các phương tiện chuyên chở công cộng và xe cứu thương (đường bộ) khi cần thiết để giúp quý vị đến nơi nhận dịch vụ mà chúng tôi chi trả (trong tiểu bang hoặc ngoài tiểu bang).<br><br>Vận chuyển không cấp cứu bằng xe cứu thương là phù hợp nếu có tài liệu chứng minh tình trạng của hội viên nặng đến mức nếu dùng các phương tiện vận chuyển khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của người đó và việc vận chuyển bằng xe cứu thương là bắt buộc về mặt y tế.<br><br>Chương trình sẽ đài thọ các chuyến đi không giới hạn mỗi năm bằng xe cứu thương (khi được cho phép là cần thiết về mặt y tế), xe van/xe chuyên dụng có ghế, dịch vụ đi chung xe vì lý do y tế, trong Khối Thịnh Vượng Chung Massachusetts.<br><br>Ngoài ra, chương trình sẽ bồi hoàn cho bạn bè hoặc người thân trong gia đình do hội viên chỉ định số dặm vận chuyển y tế không khẩn cấp đủ điều kiện.<br><br>Dịch vụ vận chuyển, bao gồm khoản bồi hoàn cho bạn bè và người thân trong gia đình, phải được phối hợp và sắp xếp trong giờ làm việc của chúng tôi bằng cách gọi cho nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển của chương trình. Chúng tôi yêu cầu quý vị thực hiện các sắp xếp này trước ít nhất 2 ngày làm việc. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| 🍎 | **Chương Trình Phòng Ngừa Bệnh Tiểu Đường Medicare (MDPP)**<br><br>Chương trình của chúng tôi chi trả cho các dịch vụ MDPP đối với những người đủ điều kiện. MDPP được thiết kế để giúp quý vị tăng cường hành vi sống lành mạnh. Chương trình cung cấp đào tạo thực tế về:<br>• thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, **và**<br>• tăng cường hoạt động thể chất, **và**<br>• cách duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh. | $0 |
| | **Các thuốc Medicare Phần B**<br>*Để một số thuốc Medicare Phần B nhất định được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br>*Một số thuốc Phần B, bao gồm một số thuốc chống nôn, thuốc chống viêm và hóa trị liệu có thể phải tuân thủ quy trình điều trị theo từng bước Phần B. Quý vị có thể tìm danh sách các thuốc đó tại liên kết bên dưới.*<br>Những thuốc này được đài thọ theo Phần B của Medicare. Chương trình của chúng tôi chi trả cho các loại thuốc sau:<br>• các loại thuốc mà quý vị thường không tự sử dụng, được tiêm hoặc truyền trong khi nhận dịch vụ tại phòng khám bác sĩ, khoa ngoại trú bệnh viện, hoặc trung tâm phẫu thuật ngoại trú.<br>• Insulin được cung cấp thông qua vật dụng của thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như bơm insulin cần thiết về mặt y tế)<br>• Các loại thuốc khác mà quý vị dùng bằng thiết bị y tế lâu bền (như máy xông khí dung) mà chương trình của chúng tôi cho phép<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 cho thuốc theo toa được Phần B đài thọ và insulin được Phần B đài thọ.<br><br>$0 cho các lần thăm khám tại văn phòng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc bác sĩ chuyên khoa để cho dùng các thuốc theo toa được Phần B đài thọ. |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|
| **Thuốc Medicare Phần B (tiếp theo)**<br>• thuốc điều trị bệnh Alzheimer Leqembi® (hoạt chất lecanemab) được tiêm tĩnh mạch (IV). Ngoài chi phí thuốc, quý vị có thể cần thực hiện thêm các lần chụp chiếu và xét nghiệm trước và/hoặc trong quá trình điều trị. Hãy trao đổi với bác sĩ về những lần chụp chiếu và xét nghiệm mà quý vị có thể cần thực hiện trong quá trình điều trị.<br>• các yếu tố đông máu quý vị tự tiêm nếu quý vị bị bệnh máu khó đông<br>• Thuốc cấy ghép/thuốc ức chế miễn dịch: Medicare đài thọ liệu pháp thuốc sau cấy ghép nếu Medicare đã chi trả cho ca ghép tạng của quý vị. Quý vị phải có Phần A tại thời điểm thực hiện ca ghép được đài thọ và quý vị phải có Phần B tại thời điểm quý vị nhận thuốc ức chế miễn dịch. Medicare Phần D đài thọ các thuốc ức chế miễn dịch nếu Phần B không đài thọ các thuốc này<br>• thuốc điều trị loãng xương đạng tiêm. Chúng tôi chi trả cho những loại thuốc này nếu quý vịbị giới hạn đi lại, bị gãy xương mà bác sĩ xác nhận có liên quan đến loãng xương sau mãn kinh và không thể tự tiêm thuốc<br>• một số loại kháng nguyên: Medicare đài thọ kháng nguyên nếu bác sĩ pha chế và một người đã được hướng dẫn đúng cách (có thể là chính quý vị, bệnh nhân) tiêm dưới sự giám sát thích hợp<br>• một số loại thuốc uống điều trị ung thư: Medicare đài thọ cho một số thuốc uống điều trị ung thư mà quý vị uống nếu loại thuốc đó cũng có dạng tiêm, hoặc nếu đó là tiền chất (tức dạng thuốc uống mà khi hấp thụ sẽ chuyển hóa thành cùng hoạt chất có trong thuốc tiêm). Khi có các thuốc ung thư đường uống mới được đưa vào sử dụng, Phần B có thể sẽ đài thọ. Nếu Phần B không đài thọ, thì Phần D sẽ đài thọ<br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|
| **Thuốc Medicare Phần B (tiếp theo) (tiếp theo)**<br>• thuốc uống chống buồn nôn Medicare đài thọ cho thuốc uống chống buồn nôn mà quý vị sử dụng như một phần trong phác đồ hóa trị liệu điều trị ung thư nếu các thuốc này được dùng trước, tại hoặc trong vòng 48 giờ sau khi hóa trị hoặc được dùng như liệu pháp thay thế hoàn toàn cho thuốc chống nôn dùng đường tĩnh mạch<br>• một số thuốc uống điều trị Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) được đài thọ theo Medicare Phần B<br>• các thuốc calcimimetic và thuốc gắn phosphate theo hệ thống thanh toán dành cho ESRD, bao gồm thuốc tiêm tĩnh mạch Parsabiv® và thuốc uống Sensipar<br>• một số loại thuốc để lọc máu tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc heparin (khi cần thiết về mặt y tế) và thuốc gây tê tại chỗ<br>• thuốc kích thích tạo hồng cầu: Medicare đài thọ erythropoietin dạng tiêm nếu quý vị mắc ESRD hoặc cần thuốc này để điều trị thiếu máu liên quan đến một số tình trạng khác (chẳng hạn như Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera®, hoặc Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta)<br>• Globulin miễn dịch IV để điều trị tại nhà các bệnh suy giảm miễn dịch nguyên phát<br>• dinh dưỡng qua đường tiêm và đường ruột (IV và cho ăn qua ống)<br>Liên kết sau đây sẽ đưa quý vị đến danh sách các thuốc Medicare Phần B có thể phải tuân thủ quy trình điều trị theo từng bước: fallonhealth.org/navicare-formulary.<br>Chúng tôi cũng đài thọ một số vắc-xin theo Medicare Phần B và hầu hết các vắc-xin dành cho người lớn theo quyền lợi thuốc Medicare Phần D của chúng tôi.<br>**Chương 5** của *Sổ Tay Hội Viên* này giải thích quyền lợi thuốc của chúng tôi. Chương này giải thích các quy tắc quý vị phải tuân theo để được đài thọ cho toa thuốc.<br>**Chương 6** của *Sổ Tay Hội Viên* này giải thích những gì quý vị thanh toán cho thuốc của mình thông qua chương trình của chúng tôi. | |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng**<br><br>*Để dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Cơ sở điều dưỡng (NF) là nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể được chăm sóc tại nhà nhưng cũng không cần phải nằm viện.<br><br>Các dịch vụ mà chúng tôi chi trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở, những dịch vụ sau:<br>• phòng riêng hai người (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế)<br>• các bữa ăn, bao gồm cả chế độ ăn đặc biệt<br>• dịch vụ điều dưỡng<br>• vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và trị liệu âm ngữ<br>• liệu pháp hô hấp<br>• các thuốc được cung cấp cho quý vị như một phần trong kế hoạch chăm sóc của quý vị. (Điều này bao gồm các chất vốn có trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu.)<br>• máu, bao gồm lưu trữ và thực hiện truyền máu<br>• các vật tư y tế và phẫu thuật thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp<br>• các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm thường được các cơ sở điều dưỡng thực hiện<br>• chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến khác thường được các cơ sở điều dưỡng thực hiện<br>• sử dụng các thiết bị, chẳng hạn như xe lăn thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng (tiếp theo)**<br>• dịch vụ của bác sĩ hoặc chuyên viên<br>• thiết bị y tế lâu bền<br>• các dịch vụ nha khoa, bao gồm cả răng giả<br>• các quyền lợi nhãn khoa<br>• khám thính lực<br>• chữa bệnh bằng phương pháp nắn xương khớp<br>• các dịch vụ điều trị bệnh về bàn chân<br>Quý vị thường nhận được dịch vụ chăm sóc từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ cơ sở không nằm trong mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ những nơi sau đây nếu họ chấp nhận khoản thanh toán trong chương trình của chúng tôi:<br>• cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị đã sống ngay trước khi quý vị đến bệnh viện (miễn là cơ sở đó cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng).<br>• cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung của quý vị đang sinh sống tại thời điểm quý vị rời bệnh viện. | |
| 🍎 | **Sàng lọc béo phì và liệu pháp duy trì cân nặng**<br>Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên, chúng tôi sẽ chi trả cho dịch vụ tư vấn giúp quý vị giảm cân. Quý vị phải nhận dịch vụ tư vấn tại cơ sở chăm sóc chính. Bằng cách đó, việc quản lý dịch vụ này sẽ gắn liền với kế hoạch phòng ngừa tổng thể của quý vị. Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Dịch vụ chương trình điều trị nghiện opioid (OTP)**<br><br>Chương trình của chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây để điều trị rối loạn sử dụng opioid (OUD) thông qua OTP bao gồm các dịch vụ sau:<br>• các hoạt động tiếp nhận<br>• đánh giá định kỳ<br>• thuốc được FDA phê duyệt và, nếu có, quản lý và cung cấp cho quý vị những loại thuốc này<br>• tư vấn điều trị lạm dụng chất kích thích<br>• liệu pháp cá nhân và theo nhóm<br>• xét nghiệm ma túy hoặc hóa chất trong cơ thể (xét nghiệm độc chất) | $0 |
| | **Dịch vụ chỉnh hình**<br><br>*Để một số dịch vụ chỉnh hình nhất định được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chương trình đài thọ niềng răng (không phải về nha khoa) và các thiết bị cơ học hoặc thiết bị đúc khuôn khác nhằm hỗ trợ hoặc chỉnh sửa hình dạng hoặc chức năng cơ thể. | $0 |
| | **Chăm sóc sức khỏe hành vi ngoại trú**<br>*Để dịch vụ Liệu Pháp Kích Thích Từ Trường Xuyên Sọ (TMS), Liệu Pháp Sốc Điện (ECT) và Liệu Pháp Ngoại Trú Chuyên Sâu (IOP) được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sức khỏe hành vi cung cấp bởi:<br>• bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ được cấp phép hành nghề tại tiểu bang<br>• nhà tâm lý học lâm sàng<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Chăm sóc sức khỏe hành vi ngoại trú (tiбєїp theo)**<br>• nhân viên công tác xã hội lâm sàng (CSW)<br>• chuyên gia điều dưỡng lâm sàng (CNS)<br>• cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép (LPC)<br>• chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT)<br>• chuyên viên điều dưỡng (NP)<br>• trợ lý bác sĩ (PA)<br>• bất kỳ chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần khác đủ điều kiện của Medicare, được cho phép theo luật áp dụng của tiểu bang<br>Chương trình đài thọ các dịch vụ bao gồm:<br>• điều trị cá nhân, nhóm, và điều trị cho cặp đôi/gia đình<br>• thăm khám cấp thuốc<br>• đánh giá chẩn đoán<br>• tư vấn gia đình<br>• tư vấn ca bệnh<br>• tư vấn tâm thần tại đơn vị y tế nội trú<br>• thăm khám bắc cầu nội trú-ngoại trú<br>• điều trị châm cứu<br>• liệu pháp thay thế opioid<br>• cai nghiện ngoại trú (Cấp II.d)<br>• kiểm tra tâm lý<br>• Liệu Pháp Hành Vi Biện Chứng<br>• Dịch Vụ Can Thiệp Khủng Hoảng Tại Khoa Cấp Cứu<br>• Liệu Pháp Điện Co Giật<br>• Kích Thích Từ Xuyên Sọ Lặp Lại (rTMS)<br>• Dịch vụ chuyên biệt | |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Các xét nghiệm chẩn đoán và dịch vụ, vật tư điều trị ngoại trú**<br><br>*Để các dịch vụ chụp CT, chụp PET, MRI, nghiên cứu hạt nhân, liệu pháp chùm tia proton, xạ trị điều biến cường độ cho vú, liệu pháp oxy cao áp, xét nghiệm di truyền, xét nghiệm trong phòng thí nghiệm và nghiên cứu giấc ngủ (đo đa ký giấc ngủ) được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau đây và các dịch vụ cần thiết về mặt y tế khác không được liệt kê ở đây:<br>• X-quang<br>• xạ trị (bằng radium và đồng vị phóng xạ), bao gồm vật liệu và vật tư cho kỹ thuật viên<br>• vật tư phẫu thuật, như băng gạc<br>• nẹp, bó bột, và các thiết bị khác dùng cho gãy xương và trật khớp<br>• xét nghiệm trong phòng thí nghiệm<br>• máu, bao gồm lưu trữ và thực hiện truyền máu<br>• các xét nghiệm chẩn đoán không trong phòng thí nghiệm như chụp CT, MRI, EKG và chụp PET khi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chỉ định để điều trị điều trị một bệnh trạng<br>• các xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú khác | $0 |
| | **Thuốc ngoại trú**<br><br>Vui lòng đọc **Chương 5** để biết thông tin về các quyền lợi thuốc, và<br>**Chương 6** để biết thông tin về những gì quý vị chi trả cho thuốc. | $0 |
| | **Theo dõi ngoại trú**<br><br>Chúng tôi đài thọ các dịch vụ theo dõi tại bệnh viện ngoại trú để xác định xem quý vị có cần được nhập viện điều trị nội trú hay có thể xuất viện.<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Theo dõi ngoại trú (tiếp theo)**<br><br>Các dịch vụ phải đáp ứng các tiêu chí của Medicare và được xem là hợp lý và cần thiết. Dịch vụ theo dõi chỉ được đài thọ khi được thực hiện theo chỉ định của bác sĩ hoặc người khác được luật pháp tiểu bang và quy định nội bộ của bệnh viện cho phép nhập viện cho bệnh nhân hoặc chỉ định các xét nghiệm ngoại trú.<br><br>**Lưu ý:** Trừ khi nhà cung cấp dịch vụ có chỉ định bằng văn bản để nhập viện cho quý vị với tư cách bệnh nhân nội trú, quý vị được xem là bệnh nhân 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 là bệnh nhân ngoại trú hay không, hãy hỏi nhân viên bệnh viện.<br><br>Để biết thêm thông tin, hãy xem tài liệu thông tin của Medicare có tên *Quyền Lợi Bệnh Viện của Medicare* tại Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf | |
| | **Các dịch vụ bệnh viện ngoại trú**<br><br>*Để các dịch vụ bệnh viện ngoại trú được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận trong khoa ngoại trú của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh hoặc thương tích, chẳng hạn như:<br>• Các dịch vụ trong khoa cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, như dịch vụ phẫu thuật hoặc theo dõi ngoại trú<br>• Các xét nghiệm phòng thí nghiệm và xét nghiệm chẩn đoán do bệnh viện lập hóa đơn<br>• Chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm chăm sóc trong chương trình nhập viện bán phần, nếu bác sĩ xác nhận rằng nếu không có chương trình này thì quý vị sẽ phải điều trị nội trú<br>• Chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến khác do bệnh viện lập hóa đơn<br>• Vật tư y tế, chẳng hạn như nẹp và bó bột<br>• Một số thuốc và chế phẩm sinh học mà quý vị không thể tự sử dụng | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Các dịch vụ phục hồi chức năng và trị liệu ngoại trú**<br><br>*Để các lần thăm khám vật lý trị liệu sau lần thăm khám thứ 60 được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>*Để các lần thăm khám trị liệu hoạt động sau lần thăm khám thứ 60 được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>*Để các lần thăm khám trị liệu ngôn ngữ và âm ngữ sau lần thăm khám thứ 35 được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chúng tôi chi trả cho vật lý trị liệu, trị liệu hoạt động và trị liệu âm ngữ, và các đánh giá toàn diện liên quan.<br><br>Quý vị có thể nhận các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú và dịch vụ trị liệu từ các khoa ngoại trú của bệnh viện, văn phòng trị liệu độc lập, cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF) và các cơ sở khác.<br><br>Chương trình của chúng tôi đài thọ các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú bổ sung theo quyền lợi MassHealth (Medicaid). | $0 |
| | **Dịch vụ điều trị ngoại trú cho tình trạng rối loạn do sử dụng chất kích thích**<br><br>*Để Chương Trình Ngoại Trú Chuyên Sâu (IOP) được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Các dịch vụ điều trị ngoại trú cho tình trạng rối loạn do sử dụng chất kích thích được đài thọ khi được bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ khác, nhà tâm lý học lâm sàng, nhân viên công tác xã hội lâm sàng, chuyên gia điều dưỡng lâm sàng, chuyên viên điều dưỡng và bộ phận trợ lý bác sĩ cung cấp tại phòng khám hoặc bệnh viện ngoại trú.<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 cho các lần thăm khám trị liệu cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare và MassHealth (Medicaid) đài thọ<br><br>$0 cho châm cứu được Medicare đài thọ bổ sung |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Dịch vụ điều trị ngoại trú cho tình trạng rối loạn do sử dụng chất kích thích (tiếp theo)**<br>Các dịch vụ được đài thọ bao gồm, nhưng không giới hạn ở:<br>• tâm lý trị liệu<br>• tuyên truyền cho hội viên về chẩn đoán và điều trị<br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau và có thể các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:<br>• sàng lọc và tư vấn lạm dụng rượu<br>• điều trị sử dụng chất kích thích không phù hợp<br>• tư vấn theo nhóm hoặc cá nhân bởi một bác sĩ lâm sàng đủ điều kiện<br>• giải độc bán cấp trong chương trình phục hồi nội trú<br>• dịch vụ cai rượu và/hoặc ma túy trong trung tâm điều trị ngoại trú chuyên sâu<br>• điều trị bằng Naltrexone giải phóng kéo dài (Vivitrol)<br>MassHealth (Medicaid) đài thọ các dịch vụ bổ sung bao gồm:<br>• Điều trị duy trì bằng Methadone<br>• Chương Trình Cai Nghiện Ngoại Trú Có Cấu Trúc<br>• Dịch Vụ Hỗ Trợ Lâm Sàng<br>• Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng Nội Trú dành cho Người Lớn<br>• Chương Trình Điều Trị Tích Cực tại Cộng Đồng (PACT)<br>• Dịch vụ hỗ trợ cộng đồng<br>• Đánh giá, can thiệp và ổn định khủng hoảng | |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Phẫu thuật ngoại trú**<br><br>*Để phẫu thuật ngoại trú được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ và phẫu thuật ngoại trú tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và trung tâm phẫu thuật cấp cứu.<br><br>Chương trình của chúng tôi đài thọ các dịch vụ ngoại trú bổ sung theo quyền lợi MassHealth (Medicaid).<br><br>**Lưu ý:** Nếu quý vị phẫu thuật tại cơ sở bệnh viện, quý vị nên hỏi nhà cung cấp dịch vụ xem quý vị sẽ được điều trị với tư cách bệnh nhân nội trú hay ngoại trú. Trừ khi nhà cung cấp viết y lệnh nhập viện để quý vị trở thành bệnh nhân nội trú, nếu không thì quý vị được coi là bệnh nhân 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 |
| | **Các vật dụng Không Kê Toa (OTC) (Thẻ Save Now để mua một số vật dụng không kê toa và thực phẩm lành mạnh được Medicare chấp thuận)**<br><br>Quý vị nhận được thẻ Save Now với $375 tín dụng được áp dụng vào đầu mỗi quý dương lịch (ba tháng một lần) để mua các vật dụng OTC liên quan đến sức khỏe được chương trình chấp thuận như vật tư sơ cứu, bàn chải đánh răng, que xét nghiệm COVID-19 và thuốc điều trị cảm lạnh/dị ứng mà không cần toa. Tín dụng được nạp vào ngày đầu tiên của mỗi quý (vào tháng 1, tháng 4, tháng 7 và tháng 10) và hết hạn vào ngày cuối cùng của mỗi quý (ngày 31 tháng 3, ngày 30 tháng 6, ngày 30 tháng 9 và ngày 31 tháng 12).<br><br>**Lưu ý:**<br>Những hội viên *không* đủ điều kiện nhận Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Cho Người Mắc Bệnh Mạn Tính chỉ có thể sử dụng thẻ Save Now để mua các vật dụng OTC được chương trình chấp thuận.<br><br>Hội viên *đủ* điều kiện nhận Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Cho Người Mắc Bệnh Mạn Tính sẽ có tùy chọn sử dụng khoản trợ cấp $375 mỗi quý có trong thẻ Save Now để mua các vật tư OTC và/hoặc thực phẩm được chương trình phê duyệt. | $0 đối với các thuốc không kê toa được MassHealth (Medicaid) đài thọ.<br><br>Sử dụng thẻ Save Now, quý vị phải trả $0 cho các vật dụng không kê toa được chấp thuận, tối đa $375 mỗi quý. Quý vị phải trả tất cả các chi phí trên $ 375 mỗi quý.<br><br>Mọi số dư chưa sử dụng vào cuối mỗi quý theo lịch sẽ không được chuyển sang quý tiếp theo.<br><br>Vui lòng xem phần **Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Cho Người Mắc Bệnh Mạn Tính** trong Bảng Liệt Kê Quyền Lợi này để biết thêm thông tin. |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Thiết bị trị liệu hô hấp và cung cấp ôxy**<br><br>*Để một số thiết bị cung cấp ôxy và trị liệu hô hấp nhất định được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chương trình đài thọ các dịch vụ bao gồm hệ thống cung cấp ôxy, nạp ôxy và cho thuê thiết bị trị liệu cung cấp ôxy. | $0 |
| | **Các dịch vụ nhập viện bán phần và các dịch vụ điều trị ngoại trú chuyên sâu**<br><br>*Để các dịch vụ nhập viện bán phần và điều trị ngoại trú chuyên sâu được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>**Nhập viện bán phần** là chương trình điều trị tâm thần tích cực có cấu trúc. Dịch vụ này được cung cấp dưới dạng dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện hoặc bởi một trung tâm chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng chuyên sâu hơn dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được tại văn phòng của bác sĩ, nhà trị liệu, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép. Mục tiêu là giúp quý vị tránh phải nằm viện.<br><br>**Dịch vụ điều trị ngoại trú chuyên sâu** là chương trình điều trị bằng liệu pháp sức khỏe hành vi (tâm thần) tích cực có cấu trúc được cung cấp dưới dạng dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện, trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, trung tâm y tế đủ điều kiện liên bang hoặc phòng khám sức khỏe nông thôn chuyên sâu hơn dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được tại văn phòng bác sĩ, nhà trị liệu, LMFT hoặc cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép nhưng ít chuyên sâu hơn so với nhập viện bán phần. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Các dịch vụ nhân viên chăm sóc cá nhân**<br><br>*Để các dịch vụ nhân viên chăm sóc cá nhân được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chương trình đài thọ cho các dịch vụ nhân viên chăm sóc cá nhân để hỗ trợ quý vị với các hoạt động sinh hoạt hàng ngày và hoạt động sinh hoạt phức tạp hàng ngày nếu quý vị đủ điều kiện. Các dịch vụ bao gồm, ví dụ:<br>• tắm rửa<br>• chuẩn bị bữa ăn và hỗ trợ ăn uống<br>• mặc quần áo và chải chuốt<br>• quản lý thuốc<br>• di chuyển từ nơi này sang nơi khác<br>• đi vệ sinh<br>• chuyển tư thế<br>• giặt giũ<br>• dọn dẹp nhà cửa<br>Quý vị có thể tự thuê một nhân viên để hỗ trợ các công việc trực tiếp. Chương trình cũng có thể trả tiền cho một nhân viên để giúp quý vị những công việc không cần hỗ trợ trực tiếp. Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành sẽ phối hợp với quý vị để quyết định xem dịch vụ đó có phù hợp không và đưa vào Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa (ICP) của quý vị. | $0 |
| | **Nhà thuốc**<br><br>Bảo hiểm một số thuốc không kê toa nhất định (thuốc mà luật liên bang hoặc tiểu bang không yêu cầu toa thuốc; đôi khi được gọi là thuốc không cần toa), như được liệt kê trong *Danh Sách Thuốc Không Kê Toa và Thuốc Được MassHealth Đài Thọ Bổ Sung*. MassHealth (Medicaid), NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP yêu cầu phải có toa thuốc cho cả thuốc và một số loại thuốc không kê toa nhất định. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|
| **Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm cả thăm khám tại văn phòng của bác sĩ**<br><br>*Để một số dịch vụ ngoại trú được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình. Để biết thêm thông tin, xem **Chương 3.***<br><br>*Để phẫu thuật tái tạo được đài thọ, PCP của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:<br>• Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế được cung cấp ở những nơi như:<br>o văn phòng bác sĩ<br>o trung tâm phẫu thuật ngoại trú được chứng nhận<br>o khoa ngoại trú của bệnh viện<br>o bất kỳ địa điểm nào khác<br>• tư vấn, chẩn đoán và điều trị do bác sĩ chuyên khoa thực hiện<br>• các bài kiểm tra cơ bản về thính giác và giữ thăng bằng do nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính ***hoặc*** bác sĩ chuyên khoa của quý vị thực hiện, nếu bác sĩ chỉ định để xác định xem quý vị có cần điều trị hay không<br>• Một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa nhất định, bao gồm: chăm sóc chính; chăm sóc chuyên khoa; dịch vụ sức khỏe hành vi ngoại trú; điều trị nghiện opioid và dịch vụ điều trị ngoại trú cho tình trạng rối loạn do sử dụng chất kích thích<br>o Quý vị có lựa chọn nhận các dịch vụ này thông qua thăm khám trực tiếp hoặc qua chăm sóc sức khỏe từ xa. Nếu quý vị chọn nhận một trong những dịch vụ này qua chăm sóc sức khỏe từ xa, quý vị phải thăm khám với nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp dịch vụ qua chăm sóc sức khỏe từ xa.<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 cho mỗi lần thăm khám bác sĩ chăm sóc chính được Medicare và MassHealth (Medicaid) đài thọ.<br><br>$0 cho mỗi lần thăm khám bác sĩ chuyên khoa được Medicare và MassHealth (Medicaid) đài thọ.<br><br>$0 cho mỗi lần khám thính giác chẩn đoán được MassHealth (Medicaid) đài thọ.<br><br>$0 cho các quyền lợi nha khoa được Medicare đài thọ.<br><br>$0 cho chi phí cho mỗi lần thăm khám chăm sóc sức khỏe từ xa được Medicare và MassHealth (Medicaid) đài thọ.<br><br>$0 cho chi phí cho mỗi lần thăm khám tại cơ sở bệnh viện ngoại trú được Medicare và MassHealth (Medicaid) đài thọ hoặc thăm khám tại trung tâm phẫu thuật cấp cứu. |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|
| **Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm cả thăm khám tại văn phòng của bác sĩ (tiếp theo)**<br>○ Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa được đài thọ chỉ giới hạn ở những dịch vụ có cả yếu tố âm thanh và hình ảnh, và phải được thực hiện theo thời gian thực qua phương thức liên lạc bảo mật do nhà cung cấp của quý vị quản lý. Những dịch vụ này có thể thay thế một số lần thăm khám trực tiếp với nhà cung cấp của quý vị.<br>• các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cho các lần thăm khám hàng tháng liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) đối với hội viên lọc máu tại nhà, tại trung tâm lọc máu đặt trong bệnh viện hoặc bệnh viện tiếp cận trọng yếu, hoặc tại cơ sở lọc máu thận, hoặc tại nhà.<br>• dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng của đột quỵ<br>• dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cho các hội viên bị rối loạn do lạm dụng chất kích thích hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần xảy ra đồng thời, bất kể vị trí của quý vị<br>• dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị các rối loạn sức khỏe tâm thần.<br>• dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cho các lần thăm khám sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi các phòng khám sức khỏe nông thôn và các trung tâm y tế liên bang đủ điều kiện.<br>• các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa do các chuyên viên hoạt động trị liệu (OT), chuyên viên vật lý trị liệu (PT), chuyên viên bệnh học ngôn ngữ và lời nói (SLP) và chuyên viên thính học đủ tiêu chuẩn cung cấp.<br>• các lần trao đổi nhanh từ xa (ví dụ: qua điện thoại hoặc trò chuyện video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút **nếu**<br>○ quý vị không phải là bệnh nhân mới **và**<br>○ lần trao đổi nhanh này không liên quan đến một lần khám tại phòng khám trong 7 ngày trước đó **và**<br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Các dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp, bao gồm cả thăm khám tại văn phòng của bác sĩ (tiếp theo)**<br>○ việc kiểm tra không dẫn đến lần thăm khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn có sẵn sớm nhất<br>○ đánh giá không dẫn đến lần thăm khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ hoặc cuộc hẹn có sẵn sớm nhất<br>• đánh giá video và/hoặc hình ảnh mà quý vị gửi cho bác sĩ và việc bác sĩ diễn giải, theo dõi trong vòng 24 giờ **nếu**:<br>○ quý vị không phải là bệnh nhân mới **và**<br>○ việc đánh giá không liên quan đến một lần khám tại phòng khám trong 7 ngày trước đó **và**<br>• Tư vấn mà bác sĩ của quý vị thực hiện với các bác sĩ khác qua điện thoại, Internet, hoặc hồ sơ y tế điện tử nếu quý vị không phải là bệnh nhân mới<br>• Ý kiến thứ hai của một nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới trước khi phẫu thuật<br>• 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 chỉnh gãy xương hàm hoặc xương mặt, nhổ răng để chuẩn bị hàm cho điều trị xạ trị ung thư, hoặc các dịch vụ sẽ được đài thọ khi bác sĩ cung cấp)<br>• Phẫu thuật tái tạo<br>○ Phẫu thuật cho bệnh nhân sau khi cắt bỏ vú nhằm tái tạo lại vú đã được phẫu thuật cắt bỏ.<br>○ Phẫu thuật và tái tạo vú còn lại để tạo hình đối xứng.<br>○ Điều trị bất kỳ biến chứng cơ thể nào do phẫu thuật cắt bỏ vú, bao gồm cả chứng phù bạch huyết. | |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Dịch vụ của bác sĩ và chuyên viên điều dưỡng**<br><br>Chương trình đài thọ các dịch vụ của bác sĩ và chuyên viên điều dưỡng. Các dịch vụ bao gồm, ví dụ:<br>• thăm khám tại văn phòng cho chăm sóc chính và chuyên khoa<br>• GYN<br>• đào tạo tự kiểm soát bệnh tiểu đường<br>• liệu pháp dinh dưỡng y tế<br>• các dịch vụ cai thuốc lá | $0 |
| | **Các dịch vụ điều trị bệnh về bàn chân**<br><br>*Để các dịch vụ điều trị bệnh về bàn chân tại nhà điều dưỡng và phẫu thuật chuyên khoa chân được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:<br>• chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật cho các chấn thương và bệnh về chân (như ngón chân quắp hoặc gai gót chân)<br>• chăm sóc chân định kỳ cho các hội viên mắc tình trạng bệnh ảnh hưởng đến chân, chẳng hạn như bệnh tiểu đường<br><br>Chương trình của chúng tôi cũng đài thọ cho dịch vụ chăm sóc chân, bao gồm chăm sóc chân định kỳ, không được Medicare đài thọ theo quyền lợi MassHealth (Medicaid). | $0 |
| | **Đối chiếu thuốc tại nhà sau khi xuất viện**<br><br>Sau khi xuất viện từ bệnh viện hoặc SNF, hội viên có thể được xem xét lại phác đồ thuốc trước và sau khi xuất viện để giảm thiểu các tác dụng phụ tiêu cực và các tương tác có thể dẫn đến chấn thương hoặc bệnh tật. Y Tá Quản Lý Trường Hợp hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác trong mạng lưới sẽ tiến hành đối chiếu. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) để phòng ngừa HIV**<br><br>Nếu quý vị không nhiễm HIV nhưng bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác của quý vị xác định quý vị có nguy cơ nhiễm HIV cao, chúng tôi sẽ đài thọ thuốc dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) và các dịch vụ liên quan.<br><br>Nếu quý vị đủ điều kiện, các dịch vụ được đài thọ **bao gồm:**<br>• Thuốc PrEP dạng uống hoặc thuốc tiêm được FDA phê duyệt, bao gồm phí tiêm thuốc nếu áp dụng.<br>• Tối đa tám buổi tư vấn cá nhân (bao gồm đánh giá nguy cơ nhiễm HIV, giảm nguy cơ nhiễm HIV và tuân thủ dùng thuốc) 12 tháng một lần.<br>• Tối đa 8 lần sàng lọc HIV 12 tháng một lần.<br>• Sàng lọc vi-rút viêm gan B một lần. | $0 |
| | **Khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt**<br><br>Chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ sau đây 12 tháng một lần:<br>• khám trực tràng bằng ngón tay<br>• xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA) | $0 |
| | **Thiết bị giả và thiết bị chỉnh hình cũng như các vật tư liên quan**<br>*Để các thiết bị giả và vật tư liên quan được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chương trình đài thọ các thiết bị giả và vật tư y tế bổ sung liên quan đến chân tay giả, thanh nẹp và các thiết bị khác theo quyền lợi MassHealth (Medicaid).<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Thiết bị giả và thiết bị chỉnh hình cũng như các vật tư liên quan (tiếp theo)**<br><br>Các thiết bị giả thay thế tất cả hoặc một phần của bộ phận hoặc chức năng của cơ thể. Các thiết bị này bao gồm nhưng không giới hạn ở:<br>• kiểm tra, lắp đặt hoặc đào tạo về việc sử dụng các thiết bị giả và thiết bị chỉnh hình<br>• túi hậu môn nhân tạo và vật tư liên quan đến việc chăm sóc hậu môn nhân tạo<br>• máy tạo nhịp tim<br>• nẹp<br>• giày chỉnh hình<br>• tay và chân giả<br>• bộ phận giả thay thế vú (bao gồm áo ngực phẫu thuật sau phẫu thuật cắt bỏ vú)<br><br>Chúng tôi chi trả cho một số vật tư liên quan đến các thiết bị giả và thiết bị chỉnh hình. Chúng tôi cũng chi trả cho việc sửa chữa hoặc thay thế các thiết bị giả và thiết bị chỉnh hình.<br><br>Chúng tôi cung cấp khoản bảo hiểm sau khi loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể. Vui lòng tham khảo mục “Chăm sóc nhãn khoa” ở phần sau của bảng này để biết chi tiết. | |
| | **Dịch vụ phục hồi chức năng phổi**<br><br>Chúng tôi chi trả cho các chương trình phục hồi chức năng phổi dành cho các hội viên mắc bệnh tắc nghẽn phổi mãn tính (COPD) ở mức độ trung bình đến rất nghiêm trọng. Quý vị phải có giấy giới thiệu để nhận dịch vụ phục hồi chức năng phổi từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp điều trị COPD. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Phòng ngừa tái nhập viện**<br>Sau khi xuất viện về nhà từ bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF), hội viên có thể nhận được đánh giá và can thiệp về chuyển tiếp chăm sóc sau xuất viện qua điện thoại hoặc tại nhà do Y Tá Quản Lý Trường Hợp thực hiện, bao gồm nhưng không giới hạn ở việc giáo dục hội viên về sức khỏe và thuốc, sắp xếp chăm sóc theo dõi, và/hoặc hỗ trợ dịch vụ tại nhà. | $0 |
| | **Dịch vụ công nghệ truy cập từ xa (Đường dây nóng điều dưỡng)**<br>Quý vị có thể gọi điện thoại hoặc truy cập trực tuyến để được kết nối với các y tá đã đăng ký và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, những người đóng vai trò huấn luyện viên sức khỏe và luôn sẵn sàng 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. | $0 |
| | **Dịch vụ công nghệ truy cập từ xa (Công nghệ dựa trên web/điện thoại)**<br>Các dịch vụ được đài thọ bao gồm các dịch vụ đánh giá và quản lý qua điện thoại do bác sĩ cung cấp, bao gồm bác sĩ chăm sóc chính và bác sĩ chuyên khoa cũng như các chuyên gia chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác, bao gồm trợ lý bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng và chuyên gia y tá lâm sàng. | $0 |
| 🍎 | **Theo dõi bệnh nhân từ xa (RPM)**<br>Việc sử dụng các thiết bị y tế chọn lọc truyền thông tin sức khỏe cá nhân kỹ thuật số một cách đồng bộ hoặc không đồng bộ từ bệnh nhân có nguy cơ đến nhà cung cấp điều trị ở địa điểm ở xa, cho phép nhà cung cấp phản hồi cho bệnh nhân và quản lý tình trạng bệnh. RPM được cung cấp cho hội viên đáp ứng một số tiêu chí lâm sàng nhất định. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
|  | **Sàng lọc nhiễm Vi-rút Viêm Gan C**<br><br>Chúng tôi đài thọ một lần khám sàng lọc Viêm Gan C nếu bác sĩ chăm sóc chính của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện khác yêu cầu khám sàng lọc và quý vị đáp ứng một trong các điều kiện sau:<br>• Quý vị có nguy cơ cao vì đang hoặc đã từng sử dụng thuốc tiêm bất hợp pháp.<br>• Quý vị đã từng được truyền máu trước năm 1992.<br>• Quý vị sinh trong khoảng từ năm 1945–1965.<br><br>Nếu quý vị sinh trong khoảng từ 1945–1965 và không được coi là nguy cơ cao, chúng tôi sẽ chi trả cho một lần khám sàng lọc. Nếu quý vị có nguy cơ cao (ví dụ: quý vị tiếp tục sử dụng thuốc tiêm bất hợp pháp kể từ sau lần xét nghiệm sàng lọc Viêm Gan C trước đây có kết quả âm tính), chúng tôi sẽ đài thọ cho các lần khám sàng lọc hằng năm. | $0 |
| | **Dịch vụ sức khỏe tình dục**<br><br>Luật pháp cho phép quý vị lựa chọn bất kỳ nhà cung cấp nào – dù là nhà cung cấp trong mạng lưới hay ngoài mạng lưới – đối với một số dịch vụ sức khỏe tình dục nhất định. Điều này có nghĩa là bất kỳ bác sĩ, phòng khám, bệnh viện hoặc nhà thuốc nào.<br><br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau:<br>• tư vấn, xét nghiệm và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI)<br>• tư vấn và xét nghiệm HIV và AIDS và các bệnh lý khác liên quan đến HIV<br><br>Chúng tôi cũng thanh toán cho một số dịch vụ sức khỏe tình dục khác. Tuy nhiên, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi cho các dịch vụ sau:<br>• điều trị AIDS và các bệnh lý khác liên quan đến HIV | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
|  | **Khám sàng lọc và tư vấn các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI)**<br><br>Chúng tôi chi trả cho việc khám sàng lọc vi-rút chlamydia, lậu, giang mai và Viêm Gan B.<br><br>Chúng tôi cũng sẽ chi trả tối đa hai buổi tư vấn trực tiếp về hành vi có mức độ chuyên sâu cao mỗi năm đối với người lớn đang có hoạt động quan hệ tình dục có nguy cơ mắc STI cao. Mỗi buổi có thể kéo dài 20-30 phút. Chúng tôi chỉ chi trả cho các buổi tư vấn này dưới dạng dịch vụ phòng ngừa nếu được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính cung cấp. Các buổi tư vấn phải được thực hiện trong một cơ sở chăm sóc chính, chẳng hạn như văn phòng của bác sĩ. | $0 |
| | **Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF)**<br>*Để dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Để biết định nghĩa về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, hãy xem **Chương 12.**<br><br>Medicare đài thọ tối đa 100 ngày trong mỗi giai đoạn nhận quyền lợi cho dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Nếu quý vị sử dụng hết quyền lợi Medicare, quý vị vẫn được đài thọ theo MassHealth (Medicaid). Không yêu cầu nằm viện trước.<br><br>Chúng tôi chi trả cho các dịch vụ sau và có thể các dịch vụ khác không được liệt kê ở đây:<br>• phòng bán riêng hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế<br>• các bữa ăn, bao gồm cả chế độ ăn đặc biệt<br>• dịch vụ điều dưỡng chuyên môn<br>• vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và trị liệu âm ngữ<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) (tiếp theo)**<br>• các thuốc được quý vị dùng như một phần trong kế hoạch chăm sóc của quý vị, bao gồm các chất vốn có trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu<br>• máu, bao gồm lưu trữ và thực hiện truyền máu<br>• vật tư y tế và phẫu thuật do SNF cung cấp<br>• các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm do SNF thực hiện<br>• chụp X-quang và các dịch vụ quang tuyến khác do các cơ sở điều dưỡng thực hiện<br>• các thiết bị, chẳng hạn như xe lăn, thường được các cơ sở điều dưỡng cung cấp<br>• dịch vụ của bác sĩ/nhà cung cấp<br>Quý vị thường nhận dịch vụ chăm sóc SNF từ các cơ sở trong mạng lưới. Trong một số điều kiện nhất định, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ cơ sở không nằm trong mạng lưới của chúng tôi. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ những nơi sau đây nếu họ chấp nhận khoản thanh toán trong chương trình của chúng tôi:<br>• cơ sở điều dưỡng hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị đã sống ngay trước khi quý vị nhập viện (miễn là nơi này cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng)<br>• cơ sở điều dưỡng nơi vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung của quý vị đang sống tại thời điểm quý vị xuất viện | |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|
| **Cai hút và sử dụng thuốc lá**<br>Tư vấn cai hút và sử dụng thuốc lá được đài thọ cho những bệnh nhân ngoại trú và nhập viện đáp ứng các tiêu chí sau:<br>• sử dụng thuốc lá, bất kể họ có biểu hiện dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá hay không<br>• có năng lực và tỉnh táo trong quá trình tư vấn<br>• bác sĩ đủ điều kiện hoặc bác sĩ khác được Medicare công nhận sẽ cung cấp dịch vụ tư vấn<br>Chúng tôi đài thọ hai lần nỗ lực cai thuốc lá mỗi năm (mỗi lần có thể bao gồm tối đa bốn buổi tư vấn ở mức trung gian hoặc chuyên sâu, với tổng cộng tối đa tám buổi mỗi năm).<br>Các dịch vụ được MassHealth (Medicaid) đài thọ bao gồm:<br>• Tư vấn cai thuốc lá trực tiếp, cá nhân và theo nhóm<br>• Điều trị bằng dược phẩm<br>  ○ miếng dán nicotine<br>  ○ kẹo cao su<br>  ○ viên ngậm<br>**Quyền Lợi Bổ Sung Của Chúng Tôi về Cai Hút Và Sử Dụng Thuốc Lá** – Huấn luyện một kèm một qua điện thoại, được thực hiện bởi các cố vấn điều trị cai thuốc lá được chứng nhận từ chương trình cai thuốc lá Quit to Win của chúng tôi. | $0 |
| **Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Cho Người Mắc Bệnh Mạn Tính**<br>*Những người ghi danh mắc (các) tình trạng mạn tính đáp ứng các tiêu chí nhất định có thể đủ điều kiện nhận quyền lợi bổ sung cho người mắc bệnh mạn tính.*<br>Bệnh mạn tính nói chung là những tình trạng đòi hỏi sự chăm sóc y tế liên tục hoặc hạn chế các hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Bệnh trạng này được chẩn đoán bởi một chuyên gia y tế được cấp phép, bao gồm bác sĩ chăm sóc chính, chuyên viên điều dưỡng và các nhà cung cấp tương tự.<br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 cho:<br>• Sử dụng $375 mỗi quý theo lịch từ quỹ OTC Save Now được chỉ định để mua thực phẩm và sản phẩm được chúng tôi chấp thuận tại các nhà bán lẻ trong mạng lưới. Quý vị trả toàn bộ chi phí vượt quá $375 mỗi quý theo lịch. |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Cho Người Mắc Bệnh Mạn Tính (tiếp theo)**<br><br>Các bệnh trạng mạn tính bao gồm: rối loạn tự miễn dịch, ung thư, rối loạn tim mạch, nghiện rượu mạn tính và các loại thuốc khác, các tình trạng sức khỏe tâm thần mạn tính và gây khuyết tật, suy tim mạn tính, rối loạn phổi mạn tính, sa sút trí tuệ, tiểu đường, bệnh gan giai đoạn cuối, bệnh thận giai đoạn cuối, rối loạn huyết học nặng, HIV/AIDS, rối loạn thần kinh và đột quỵ. Đây không phải là danh sách đầy đủ về các bệnh trạng mạn tính đủ điều kiện. Không hội viên nào có tình trạng phù hợp cũng hội đủ điều kiện nhận quyền lợi này. Chúng tôi cũng sẽ áp dụng các tiêu chí về tư cách hội đủ điều kiện và phạm vi bảo hiểm khác.<br><br>Các hội viên đủ điều kiện sẽ được nhận:<br><br>• $375 quỹ OTC mỗi quý theo lịch thông qua thẻ Save Now được chỉ định để mua thực phẩm và sản phẩm lành mạnh tại các nhà bán lẻ trong mạng lưới. Mọi số dư chưa sử dụng vào cuối mỗi quý theo lịch sẽ không được chuyển sang quý tiếp theo.<br><br>• 100 chuyến đi một chiều đến các địa điểm không cấp cứu, phi y tế được cấp thuận mỗi năm, thông qua nhà cung cấp được chương trình chấp thuận. | • 100 chuyến đi một chiều đến các địa điểm phi y tế không khẩn cấp được phê duyệt mỗi năm. |
| | **Liệu pháp tập luyện có giám sát (SET)**<br><br>Chúng tôi chi trả cho SET đối với các hội viên mắc bệnh động mạch ngoại biên (PAD) có triệu chứng.<br>Chương trình của chúng tôi chi trả cho:<br>• tối đa 36 buổi tập trong vòng 12 tuần nếu đáp ứng đầy đủ các yêu cầu của SET<br><br>• thêm 36 buổi tập bổ sung theo thời gian nếu được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe xác định là cần thiết về mặt y tế<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Liệu pháp tập luyện có giám sát (SET) (tiếp theo)**<br><br>Chương trình SET phải bao gồm:<br>• các buổi tập luyện kéo dài 30 đến 60 phút thuộc chương trình tập luyện trị liệu cho bệnh PAD ở hội viên bị chuột rút chân do lưu thông máu kém (đi cách hồi)<br>• thực hiện tại khoa ngoại trú của bệnh viện hoặc tại văn phòng bác sĩ<br>• được cung cấp bởi các nhân viên đủ điều kiện, được đào tạo về liệu pháp tập luyện cho PAD, và bảo đảm lợi ích vượt trội so với nguy cơ<br>• dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ, trợ lý bác sĩ (PA) hoặc chuyên viên điều dưỡng (NP)/chuyên gia điều dưỡng lâm sàng (CNS) được đào tạo về cả kỹ thuật hồi sức cơ bản và nâng cao | |
| | **Dịch vụ vận chuyển – liên quan đến sức khỏe được chương trình phê duyệt**<br><br>*Để dịch vụ vận chuyển bằng xe cứu thương (không cấp cứu) được đài thọ, bác sĩ của quý vị hoặc một nhà cung cấp khác trong mạng lưới phải xin sự cho phép trước (chấp thuận trước) từ chương trình.*<br><br>Chương trình sẽ đài thọ tổng cộng tối đa 48 chuyến một chiều mỗi năm bằng xe van/xe chuyên chở xe lăn, dịch vụ đi chung xe hoặc taxi đến các nhà thuốc, bất kể nhà thuốc thuộc sở hữu tư nhân, thuộc một chuỗi nhỏ hay thuộc nhà bán lẻ lớn như CVS Pharmacy, Walgreens hoặc Target. Dịch vụ vận chuyển được giới hạn trong bán kính tối đa 30 dặm từ địa điểm đón của hội viên dựa trên hệ thống nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển của chương trình.<br><br>Ngoài ra, chương trình sẽ bồi hoàn cho bạn bè hoặc thành viên trong gia đình do hội viên chỉ định số dặm vận chuyển phi y tế không cấp cứu đủ điều kiện nêu trên dựa trên tính toán của nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển của chương trình. Chúng tôi chỉ bồi hoàn cho một lần đưa đón, bất kể có bao nhiêu hội viên đủ điều kiện ngồi trên xe đến cùng địa điểm hay địa điểm khác nhau.<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | \$0 cho 48 chuyến đi một chiều được Medicare đài thọ đến nhà thuốc bán lẻ.<br><br>Các chuyến đi được giới hạn ở 4 chuyến một chiều mỗi tháng.<br><br>Vui lòng xem phần **Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Cho Người Mắc Bệnh Mạn Tính** trong Bảng Liệt Kê Quyền Lợi này để biết thêm thông tin về bảo hiểm cho dịch vụ vận chuyển bổ sung theo quyền lợi đó. |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Dịch vụ vận chuyển – liên quan đến sức khỏe được chương trình phê duyệt (tiбєїp theo)**<br><br>Dịch vụ vận chuyển, bao gồm khoản bồi hoàn cho bạn bè và người thân trong gia đình, phải được phối hợp và sắp xếp trong giờ làm việc của chúng tôi bằng cách gọi cho nhà cung cấp dịch vụ vận chuyển của chương trình. Chúng tôi yêu cầu quý vị thực hiện các sắp xếp này trước ít nhất 2 ngày làm việc. | |
| | **Chăm sóc cần thiết khẩn cấp**<br><br>Chăm sóc cần thiết khẩn cấp là dịch vụ chăm sóc được cung cấp để điều trị:<br>• tình trạng không phải cấp cứu cần chăm sóc y tế ngay lập tức,<br>**hoặc**<br>• bệnh bất ngờ**, hoặc**<br>• chấn thương, **hoặc**<br>• tình trạng cần được chăm sóc ngay.<br><br>Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp, trước tiên quý vị nên cố gắng nhận dịch vụ này từ nhà cung cấp trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị không thể đến gặp khám nhà cung cấp trong mạng lưới do yếu tố thời gian, địa điểm hoặc hoàn cảnh — tức là không khả thi hoặc không hợp lý để nhận dịch vụ này từ nhà cung cấp trong mạng lưới (ví dụ: khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và quý vị cần các dịch vụ ngay lập tức cần thiết về mặt y tế cho một tình trạng bất ngờ nhưng không phải cấp cứu y tế).<br><br>Chương trình của chúng tôi đài thọ các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp ngoài Hoa Kỳ (trên toàn thế giới) trong các trường hợp sau: dịch vụ khẩn cấp, bao gồm cấp cứu hoặc chăm sóc cần thiết khẩn cấp và vận chuyển bằng xe cấp cứu từ hiện trường cấp cứu đến cơ sở điều trị y tế gần nhất. Dịch vụ vận chuyển từ một quốc gia khác về Hoa Kỳ không được đài thọ. Các phương pháp điều trị được lên lịch trước, được lên kế hoạch trước (bao gồm lọc máu cho bệnh trạng đang diễn ra), dịch vụ chăm sóc/thăm khám định kỳ và/hoặc các thủ thuật tự chọn không được đài thọ bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ. | $0 |

| | | |
|---|---|---|
| | **Chăm sóc nhãn khoa**<br><br>Chúng tôi chi trả cho:<br>• khám mắt toàn diện<br>• luyện tập thị lực<br>• kính mắt<br>• kính áp tròng và các thiết bị hỗ trợ thị lực khác<br><br>Chúng tôi cũng chi trả cho các dịch vụ bác sĩ ngoại trú để chẩn đoán và điều trị các bệnh và thương tích về mắt. Ví dụ: điều trị thoái hóa điểm vàng do lão hóa.<br><br>Đối với những người có nguy cơ cao mắc bệnh tăng nhãn áp, chúng tôi sẽ chi trả cho một lần khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp mỗi năm. Những người có nguy cơ cao bị tăng nhãn áp bao gồm:<br>• người có tiền sử gia đình mắc bệnh tăng nhãn áp<br>• người mắc bệnh tiểu đường<br>• người Mỹ gốc Phi<br>• người Mỹ nói tiếng Tây Ban Nha<br><br>Đối với những người mắc bệnh tiểu đường, chúng tôi chi trả cho việc khám sàng lọc bệnh võng mạc tiểu đường mỗi năm một lần.<br><br>Chúng tôi chi trả cho một cặp kính hoặc kính áp tròng sau mỗi cuộc phẫu thuật đục thủy tinh thể khi bác sĩ đặt thủy tinh thể nhân tạo.<br><br>Nếu quý vị thực hiện hai ca phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt, quý vị phải nhận một cặp kính sau mỗi ca phẫu thuật. Quý vị không thể nhận hai cặp kính sau ca phẫu thuật thứ hai, ngay cả khi quý vị đã không nhận cặp kính nào sau ca phẫu thuật đầu tiên.<br><br>Các dịch vụ được MassHealth (Medicaid) đài thọ bao gồm:<br>• Khám mắt định kỳ<br>  ○ Đo khúc xạ mắt được đài thọ như một phần của khám mắt định kỳ với nhà cung cấp trong mạng lưới và không được thanh toán riêng.<br>• Kính áp tròng và một bộ kính mỗi năm<br>• Lắp, điều chỉnh hoặc sửa chữa kính<br><br>**Quyền lợi này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | $0 cho các dịch vụ chăm sóc thị lực được Medicare và MassHealth (Medicaid) đài thọ, bao gồm hỗ trợ thị lực kém.<br><br>$0 cho 1 lần khám mắt định kỳ bổ sung mỗi năm khi thực hiện với nhà cung cấp EyeMed.<br><br>$0 cho kính bổ sung với mức giới hạn tối đa $403.<br><br>Có giới hạn bảo hiểm chương trình là $403 cho kính bổ sung mỗi năm theo lịch. Quý vị thanh toán tất cả các khoản phí trên $403 mỗi năm. |

| | Dịch Vụ Được Bao Trả | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Chăm sóc nhãn khoa (tiếp theo)**<br>Các dịch vụ bổ sung được chương trình đài thọ bao gồm:<br>Hai cặp kính mắt, kính áp tròng, mắt kính mới, gọng kính mới và/hoặc nâng cấp lên đến giới hạn bảo hiểm chương trình là $403 mỗi năm theo lịch. Các vật dụng phải được mua từ nhà cung cấp trong mạng lưới EyeMed. Quý vị phải trả tất cả các khoản phí trên $403. Các truòng hợp ngoại lệ sau đây được áp dụng:<br>○ Khuyến mãi hoặc phiếu giảm giá của cửa hàng<br>○ Một cặp kính hoặc kính áp tròng được Medicare đài thọ sau phẫu thuật đục thủy tinh thể<br>○ Hai cặp kính thay cho kính hai tròng<br>○ Kính và/hoặc kính áp tròng không kê toa<br>○ Kính râm không kê toa | |
| 🍎 | **Thăm khám phòng ngừa "Chào mừng quý vị đến với Medicare"**<br>Chúng tôi đài thọ cho một lần thăm khám phòng ngừa "Chào mừng quý vị đến với Medicare". Lần thăm khám bao gồm:<br>• đánh giá sức khỏe của quý vị,<br>• giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng ngừa mà quý vị cần (bao gồm các xét nghiệm sàng lọc và chích ngừa (hoặc vắc-xin)), **và**<br>• giới thiệu để nhận dịch vụ chăm sóc khác nếu quý vị cần.<br>**Lưu ý:** Chúng tôi chỉ đài thọ cho lần thăm khám phòng ngừa "Chào mừng quý vị đến với Medicare" trong 12 tháng đầu tiên quý vị có Medicare Phần B. Khi quý vị đặt lịch hẹn, vui lòng cho văn phòng bác sĩ của quý vị biết quý vị muốn lên lịch thăm khám phòng ngừa "Chào mừng quý vị đến với Medicare". | $0 |
| | **Thăm khám sức khỏe định kỳ**<br>Chương trình đài thọ các buổi khám sức khỏe định kỳ. Mục đích là để xây dựng hoặc cập nhật kế hoạch phòng ngừa cho quý vị. | $0 |

| Dịch Vụ Được Bao Trả | | Khoản quý vị thanh toán |
|---|---|---|
| | **Tóc giả**<br>Đối với hội viên bị rụng tóc do điều trị bất kỳ dạng ung thư hoặc bệnh bạch cầu nào, tóc giả sẽ được đài thọ.<br>Chương trình sẽ đài thọ tối đa $400 mỗi năm dương lịch. Các hội viên chịu trách nhiệm trả số tiền vượt quá $400. | $0 cho tóc giả được Medicare và MassHealth (Medicaid) đài thọ.<br>$0 cho tóc giả được đài thọ lên đến $400. Có giới hạn bảo hiểm chương trình là $400 cho tóc giả được đài thọ mỗi năm theo lịch. Quý vị thanh toán tất cả các khoản phí trên $400 mỗi năm. |

Ngoài các dịch vụ chung, chương trình của chúng tôi cũng đài thọ dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi tại cộng đồng. Các dịch vụ này đôi khi được gọi là “dịch vụ sức khỏe hành vi chuyển hướng”. Đây là các dịch vụ mà quý vị có thể sử dụng thay vì phải nhập viện hoặc đến một cơ sở điều trị cho một số nhu cầu về sức khỏe hành vi. Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành (ICT) sẽ phối hợp với quý vị để quyết định xem các dịch vụ này có phù hợp hay không, và sẽ được đưa vào Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa (ICP) của quý vị.

| **Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi tại cộng đồng (chuyển hướng) mà chương trình của chúng tôi đài thọ** | |
|---|---|
| Các dịch vụ này bao gồm:<br>• Dịch Vụ Chuyên Sâu Được Theo Dõi Y Tế – Dịch Vụ Điều Trị Cấp Tính (ATS) cho rối loạn do sử dụng chất kích thích<br>• Dịch Vụ Ổn Định Lâm Sàng - dịch vụ nội trú chuyên sâu được quản lý lâm sàng dành riêng cho từng nhóm dân số<br>• Dịch vụ ổn định lâm sàng cho rối loạn do sử dụng chất kích thích<br>• ổn định khủng hoảng tại cộng đồng<br>• Chương Trình Hỗ Trợ Cộng Đồng (CSP), bao gồm CSP cho người vô gia cư, CSP cho người liên quan đến tư pháp, và Chương Trình Bảo Tồn Quyền Thuê Nhà CSP *<br>• Can Thiệp Khủng Hoảng Di Động Dành Cho Người Lớn (trước đây là Chương Trình Dịch Vụ Cấp Cứu (ESP))<br>Quý vị có lựa chọn nhận các dịch vụ này thông qua thăm khám trực tiếp hoặc qua chăm sóc sức khỏe từ xa. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa được đài thọ chỉ giới hạn ở những dịch vụ có cả yếu tố âm thanh và hình ảnh, và phải được thực hiện theo thời gian thực qua phương thức liên lạc bảo mật do nhà cung cấp của quý vị quản lý. Những dịch vụ này có thể thay thế một số lần thăm khám trực tiếp với nhà cung cấp của quý vị.<br>• Dịch vụ Nhập Viện Bán Phần (PHP)<br>○ “Nhập viện bán phần” là chương trình điều trị tâm thần tích cực có cấu trúc. Dịch vụ này được cung cấp như dịch vụ ngoại trú của bệnh viện hoặc bởi trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng. Mức độ điều trị này chuyên sâu hơn so với dịch vụ quý vị nhận được tại văn phòng của bác sĩ, nhà trị liệu, chuyên gia trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép. Mục tiêu là giúp quý vị tránh phải nằm viện.<br><br>**Dịch vụ này được tiếp tục ở trang tiếp theo** | |

| **Dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi dựa vào cộng đồng (dịch vụ thay thế) (tiếp theo)** | |
|---|---|
| • Các dịch vụ Điều Trị Ngoại Trú Chuyên Sâu (IOP) và các chương trình IOP<br>  ○ Dịch vụ điều trị ngoại trú chuyên sâu là chương trình điều trị bằng liệu pháp sức khỏe hành vi (tâm thần) tích cực có cấu trúc được cung cấp dưới dạng dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện, trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, Trung tâm y tế đủ điều kiện liên bang hoặc phòng khám sức khỏe nông thôn chuyên sâu hơn dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được tại văn phòng bác sĩ, nhà trị liệu, LMFT hoặc cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép nhưng ít chuyên sâu hơn so với nhập viện bán phần.<br>  ○ Chương trình IOP cung cấp phương pháp điều trị đa ngành có giới hạn thời gian, toàn diện và phối hợp và được thiết kế để cải thiện Tình Trạng Chức Năng, cung cấp sự ổn định trong cộng đồng, chuyển hướng nhập viện vào Dịch Vụ Nội Trú hoặc hỗ trợ tái hòa nhập cộng đồng nhanh chóng và ổn định sau khi xuất viện nội trú.<br>• Chương Trình Điều Trị Tích Cực tại Cộng Đồng (PACT)<br>• điều trị bệnh tâm thần ban ngày<br>• hướng dẫn phục hồi<br>• điều hướng viên hỗ trợ phục hồi<br>• Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng Nội Trú Dành Cho Người Mắc Rối Loạn Do Sử Dụng Chất Kích Thích, bao gồm:<br>  ○ RRS cho người lớn<br>  ○ RRS cho gia đình<br>  ○ RRS Tăng Cường Đồng Mắc (COE-RRS)<br>• Chương Trình Cai Nghiện Ngoại Trú Có Cấu Trúc (SOAP)<br>• Chuyên Gia Đồng Đẳng Được Chứng Nhận | |

Chương trình của chúng tôi cũng đài thọ các dịch vụ Miễn Trừ Dành Cho Người Cao Tuổi Yếu Sức (FEW) tương tự như các dịch vụ được đài thọ khác tại nhà, nhưng có thể được phê duyệt với mức độ, thời gian hoặc phạm vi khác nhau nhằm hỗ trợ người cao tuổi yếu sức về mặt lâm sàng. Các dịch vụ này dành cho tất cả hội viên tham gia chương trình của chúng tôi.

| **Các dịch vụ FEW được chương trình của chúng tôi đài thọ** | |
|---|---|
| • Huấn luyện Về Alzheimer/Sa Sút Trí Tuệ<br>• công nghệ hỗ trợ cho khám bệnh từ xa<br>• việc vặt<br>• người đồng hành<br>• đào tạo và giám sát dịch vụ chăm sóc phức tạp<br>• Công Nghệ Nâng Cao/Hệ Thống Ứng Phó Khẩn Cấp Cá Nhân Qua Mạng Di Động (ET/CPERS)<br>• thích nghi với môi trường xung quanh<br>• các chương trình giáo dục dựa trên bằng chứng<br>• chương trình thực hiện mục tiêu<br>• mua sắm và giao hàng tạp hóa<br>• hệ thống ứng phó với tình trạng đi lang thang tại nhà<br>• bữa ăn giao tận nhà<br>• giao thuốc đóng gói sẵn tận nhà<br>• trợ lý hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà<br>• đánh giá sự an toàn/độc lập tại nhà<br>• nội trợ<br>• giặt giũ<br>• hệ thống cấp phát thuốc<br>• dịch vụ hỗ trợ định hướng và di chuyển<br>• hỗ trợ đồng cấp | |

| Các dịch vụ FEW được chương trình của chúng tôi đài thọ | |
|---|---|
| • chăm sóc cá nhân<br>• nghỉ ngơi<br>• Chương Trình Hỗ Trợ Ban Ngày<br>• Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Nhà<br>• Hỗ Trợ Chuyển Tiếp<br>• vận chuyển<br>• Theo Dõi và Giao Tiếp Trực Tuyến (VCAM) | |

## E. Các quyền lợi được đài thọ ngoài chương trình của chúng tôi

Chúng tôi không đài thọ các dịch vụ sau đây, nhưng các dịch vụ đó vẫn được cung cấp thông qua MassHealth (Medicaid).

### E1. Dịch Vụ của Cơ Quan Tiểu Bang

#### Phục Hồi Tâm Lý Xã Hội và Quản Lý Trường Hợp Trọng Điểm

Nếu quý vị đang nhận dịch vụ Phục Hồi Tâm Lý Xã Hội từ Sở Sức Khỏe Tâm Thần hoặc dịch vụ Quản Lý Trường Hợp Trọng Điểm từ Sở Sức Khỏe Tâm Thần hoặc Sở Dịch Vụ Phát Triển, các dịch vụ của quý vị sẽ tiếp tục được cung cấp trực tiếp từ cơ quan tiểu bang. Tuy nhiên, NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP sẽ hỗ trợ phối hợp với các nhà cung cấp này như một phần của kế hoạch chăm sóc tổng thể của quý vị.

#### Chi Phí Ăn Ở Tại Nhà An Dưỡng

Nếu quý vị sống trong nhà an dưỡng và tham gia chương trình Senior Care Options (SCO), thì Sở Hỗ Trợ Chuyển Tiếp sẽ tiếp tục chịu trách nhiệm chi trả chi phí ăn ở của quý vị.

## F. Các quyền lợi không được chương trình của chúng tôi, Medicare hoặc MassHealth (Medicaid) đài thọ

Mục này cho quý vị biết về các quyền lợi bị chương trình của chúng tôi loại trừ. “Bị loại trừ” có nghĩa là chúng tôi không chi trả cho những quyền lợi này. Medicare và MassHealth (Medicaid) cũng không thanh toán cho các quyền lợi này.

Danh sách dưới đây mô tả một số dịch vụ và vật dụng không được chúng tôi đài thọ trong bất kỳ trường hợp nào, và một số dịch vụ/vật dụng chỉ bị loại trừ trong một số tình huống nhất định.

Chúng tôi không chi trả cho các quyền lợi y tế bị loại trừ được liệt kê trong mục này (hoặc ở bất kỳ đâu khác trong *Sổ Tay Hội Viên* này), trừ khi có điều kiện cụ thể được liệt kê. Ngay cả khi quý vị nhận dịch vụ tại cơ sở cấp cứu, chương trình cũng sẽ không chi trả cho các dịch vụ đó. Nếu quý vị cho rằng chương trình của chúng tôi nên chi trả cho một dịch vụ không được đài thọ, quý vị có thể yêu cầu khiếu nại. Để biết thông tin về khiếu nại, tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

Ngoài bất kỳ trường hợp loại trừ hoặc giới hạn nào được mô tả trong Bảng Liệt Kê Quyền Lợi, chương trình của chúng tôi không đài thọ các vật dụng và dịch vụ sau đây:

- các dịch vụ được coi là "hợp lý và cần thiết về mặt y tế", theo tiêu chuẩn của Medicare và MassHealth (Medicaid), trừ khi chúng tôi liệt kê những dịch vụ này là các dịch vụ được đài thọ
- phòng riêng trong bệnh viện, trừ phi cần thiết về mặt y tế
- tất cả các dịch vụ, thủ thuật, phương pháp điều trị, thuốc và vật tư liên quan đến yêu cầu bảo hiểm Bồi Thường Cho Người Lao Động
- chữa bệnh bằng phương pháp nắn xương khớp, ngoài thao tác thủ công trên cột sống phù hợp với hướng dẫn bảo hiểm
- dịch vụ chăm sóc đặc biệt, dịch vụ y tế tính phí duy trì, dịch vụ y tế cao cấp hoặc phí dịch vụ chăm sóc ban đầu trực tiếp.
- xét nghiệm phòng thí nghiệm do người tiêu dùng tự yêu cầu tại các cơ sở hoặc do người tiêu dùng tự thực hiện.
- phẫu thuật thẩm mỹ hoặc các thủ thuật thẩm mỹ khác, trừ khi cần thiết do chấn thương tai nạn hoặc để cải thiện một bộ phận cơ thể có hình dạng bất thường. Tuy nhiên, chúng tôi chi trả cho việc tái tạo vú sau khi cắt bỏ vú và điều trị vú còn lại để cân đối.
- các vật tư hoặc dịch vụ được đài thọ do nhà cung cấp đã từ chối tham gia Medicare cung cấp, ngoại trừ các trường hợp cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp.
- thiết bị/thiết bị y tế bị lỗi được đài thọ theo bảo hành của nhà sản xuất hoặc nhà cung ứng.
- DME, thiết bị điện tử, các vật dụng vệ sinh không tái sử dụng hoặc các sửa đổi tại nhà (ví dụ: đèn trang trí, bồn tắm xoáy nước, ghế nâng cầu thang) không chủ yếu mang tính chất y tế.
- thủ thuật hoặc dịch vụ tăng cường mang tính lựa chọn hoặc tự nguyện (bao gồm giảm cân, mọc tóc, cải thiện chức năng tình dục, cải thiện thành tích thể thao, mục đích thẩm mỹ, chống lão hóa và tăng cường hiệu suất tinh thần), trừ khi cần thiết về mặt y tế
- các phương pháp điều trị, vật dụng và thuốc y tế và phẫu thuật mang tính thử nghiệm, trừ phi được Medicare, một công trình nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận, hoặc chương trình của chúng tôi đài thọ. Tham khảo **Chương 3** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết thêm thông tin về các công trình

nghiên cứu lâm sàng. Phương pháp điều trị và vật dụng mang tính thử nghiệm là những gì chưa được cộng đồng y tế chấp nhận rộng rãi.

- các khoản phí do người thân trực hệ hoặc thành viên trong hộ gia đình của quý vị thu. Các khoản phí liên quan đến chương trình nhân viên chăm sóc cá nhân hoặc kế hoạch chăm sóc phụng dưỡng người lớn được đài thọ như một phần trong chương trình chúng tôi theo quyền lợi của MassHealth (Medicaid), theo các quy định của Chương Trình MassHealth.
- dịch vụ, thủ thuật và vật tư y học chức năng (bao gồm xét nghiệm và thực phẩm bổ sung). Y học chức năng bao gồm y học thay thế, toàn diện và y học tự nhiên.
- các dịch vụ y tế và thuốc kê theo toa nhận được bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ, ngoại trừ một số trường hợp cấp cứu hoặc chăm sóc khẩn cấp có giới hạn được chương trình đài thọ.
- dịch vụ y tế cho điều trị các khuyết tật liên quan đến phục vụ quân đội do Hệ Thống Dịch Vụ Y Tế Quân Đội cung cấp (bao gồm CHAMPUS hoặc TRICARE), theo đó chính phủ liên bang đồng ý chi trả cho các dịch vụ và vật tư này
- các dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhận được do hậu quả của chiến tranh hoặc bất kỳ hành động chiến tranh nào xảy ra trong thời hạn bảo hiểm của hội viên theo *Sổ Tay Hội Viên* này
- các vật tư hoặc dịch vụ do một tổ chức khác, chương trình bảo hiểm hoặc cơ quan chính phủ thanh toán hoặc có trách nhiệm thanh toán.
- phí do bỏ lỡ cuộc hẹn, phí hành chính, phí sao chép hồ sơ y tế hoặc các khoản phí khác không mang tính chất y tế.
- dịch vụ của bác sĩ y học tự nhiên (sử dụng phương pháp điều trị tự nhiên hoặc thay thế)
- dịch vụ vận chuyển không cấp cứu không cần thiết về mặt y tế hoặc không được chương trình đài thọ cụ thể, bao gồm nhưng không giới hạn ở việc sử dụng xe cấp cứu, taxi, dịch vụ đi chung xe, xe chuyên chở xe lăn và/hoặc xe vận chuyển y tế vì sự thuận tiện của bệnh nhân; chuyển viện giữa các bệnh viện khi tình trạng y tế của quý vị không yêu cầu chuyển đến cơ sở khác; hoặc vận chuyển bằng máy bay thương mại.
- các dịch vụ chăm sóc cá nhân không được Medicare hoặc MassHealth (Medicaid) đài thọ, bao gồm trông trẻ, giải trí, giám sát, nhắc nhở bằng lời nói hoặc gợi ý, hoặc đào tạo nghề.
- các vật dụng cá nhân trong phòng của quý vị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng, chẳng hạn như điện thoại hoặc tivi
- khám sức khỏe hoặc tiêm phòng nhằm mục đích duy trì hoặc xin việc làm, giấy phép, bảo hiểm, tham dự phiên tòa, du lịch, tư vấn dinh dưỡng, chương trình giảm cân, hoặc cho mục đích tiền hôn nhân và tiền nhận con nuôi và/hoặc các lý do không mang tính phòng ngừa khác.
- phẫu thuật giác mạc xuyên tâm và phẫu thuật LASIK. Khám mắt và một cặp kính (hoặc kính áp tròng) được đài thọ cho những người sau phẫu thuật đục thủy tinh thể. Các quyền lợi MassHealth (Medicaid) và bảo hiểm bổ sung của

chương trình bổ sung cho khám mắt định kỳ, kính mắt, kính áp tròng được chương trình đài thọ, nhưng có giới hạn.

- đảo ngược thủ thuật triệt sản và vật tư tránh thai không kê toa
- chăm sóc chân định kỳ, trừ phi được mô tả trong Các dịch vụ điều trị bệnh về bàn chân trong Bảng Liệt Kê Quyền Lợi trong **Phần D**
- tự giới thiệu đến các nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới của chương trình trừ phi vì mục đích chăm sóc cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp và lọc máu ngoài khu vực tại các cơ sở được Medicare chấp thuận.
- khoản bồi hoàn số dặm riêng biệt cho việc vận chuyển nhiều hội viên trong cùng một phương tiện đi đến cùng hoặc khác địa điểm.
- các dịch vụ và vật tư được gộp vào hoặc đã bao gồm trong khoản thanh toán cho một dịch vụ được đài thọ khác.
- các dịch vụ mà người ghi danh, người khác hoặc tổ chức không có nghĩa vụ pháp lý phải thanh toán.
- các dịch vụ cung cấp cho cựu chiến binh tại các cơ sở của Cơ Quan Cựu Chiến Binh (VA). Tuy nhiên, khi một cựu chiến binh nhận dịch vụ cấp cứu tại bệnh viện VA và bị tính phí, chúng tôi sẽ bồi hoàn cho cựu chiến binh phần chênh lệch.
- các dịch vụ liên quan đến hoặc được yêu cầu do một dịch vụ không được đài thọ gây ra.
- các dịch vụ mà quý vị nhận từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, ngoại trừ dịch vụ chăm sóc trong trường hợp cấp cứu y tế và dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp, dịch vụ lọc máu cho bệnh thận tại cơ sở được Medicare phê duyệt mà quý vị sử dụng khi tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ của NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP, và dịch vụ chăm sóc do các nhà cung cấp ngoài mạng lưới cung cấp được chương trình sắp xếp với sự cho phép trước.
- các dịch vụ, vật dụng hoặc vật tư được cung cấp cho người không phải là hội viên.
- điều trị bằng phẫu thuật cho bệnh béo phì, trừ phi cần thiết về mặt y tế và Medicare chi trả cho điều trị đó
- dịch vụ vận chuyển đến cuộc hẹn cho người không phải là hội viên.
- đánh giá nghề nghiệp, tư vấn nghề nghiệp, phục hồi chức năng nghề nghiệp và/hoặc đào tạo nghề.

# Chương 5: Nhận thuốc điều trị ngoại trú

## Giới Thiệu

Chương này giải thích các quy tắc để nhận thuốc điều trị ngoại trú. Đây là các loại thuốc do nhà cung cấp kê cho quý vị mà quý vị nhận tại nhà thuốc hoặc qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện. Chúng bao gồm các loại thuốc được đài thọ theo Medicare Phần D và MassHealth (Medicaid). Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được cung cấp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối cùng của *Sổ Tay Hội Viên* này.

Chúng tôi cũng đài thọ các loại thuốc sau đây, mặc dù các thuốc này không được thảo luận trong chương này:

- **Thuốc được Medicare Phần A đài thọ.** Nhìn chung, đây là các loại thuốc được cấp cho quý vị khi quý vị nằm viện hoặc trong cơ sở điều dưỡng.
- **Thuốc được Medicare Phần B đài thọ.** Bao gồm một số loại thuốc hóa trị, một số thuốc tiêm được cấp trong lần thăm khám tại văn phòng bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác và thuốc được cấp tại phòng khám lọc máu. Để tìm hiểu thêm về những thuốc được Medicare Phần B đài thọ, tham khảo Bảng Liệt Kê Quyền Lợi trong **Chương 4** của *Sổ Tay Hội Viên* này.
- Bên cạnh Medicare Phần D và các quyền lợi y tế của chương trình, các thuốc của quý vị có thể được Original Medicare đài thọ nếu quý vị tham gia chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo **Chương 5, Mục F3** "Trong chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận".
- Một số thuốc theo toa được đài thọ cho quý vị theo quyền lợi MassHealth (Medicaid) của quý vị. *Danh Sách Thuốc Không Kê Toa và Thuốc Được MassHealth Đài Thọ Bổ Sung* có trên fallonhealth.org/navicare, cho quý vị biết những loại thuốc nào được đài thọ (có toa thuốc) theo bảo hiểm thuốc MassHealth Standard của quý vị.

### Quy tắc về bảo hiểm thuốc điều trị ngoại trú của chương trình chúng tôi

Chúng tôi thường sẽ đài thọ cho các loại thuốc của quý vị miễn là quý vị làm theo các quy tắc trong mục này.

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

Người kê toa của quý vị **không** được nằm trong Danh Sách Loại Trừ hoặc Danh Sách Chặn của Medicare.

Thông thường quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc theo toa của mình (Tham khảo **Mục A1** để biết thêm thông tin). Hoặc quý vị có thể mua thuốc theo toa của mình thông qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện của chương trình.

Thuốc theo toa của quý vị phải nằm trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* của chương trình chúng tôi. Chúng tôi gọi ngắn gọn là "*Danh Sách Thuốc*". (Tham khảo **Mục B** của chương này).

- Nếu thuốc đó không nằm trong *Danh Sách Thuốc*, chúng tôi có thể đài thọ cho loại thuốc đó bằng cách cấp trường hợp ngoại lệ cho quý vị.
- Tham khảo **Chương 9, Mục D3** để tìm hiểu về cách yêu cầu một ngoại lệ.

Thuốc của quý vị phải được sử dụng theo chỉ định đã được chấp nhận về mặt y tế. Điều này có nghĩa là việc dùng thuốc đúng theo sự chấp thuận của Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo y tế. Người kê toa của quý vị có thể giúp xác định các tài liệu tham khảo y tế để hỗ trợ việc sử dụng thuốc theo toa theo yêu cầu.

Thuốc của quý vị có thể yêu cầu chấp thuận từ chương trình của chúng tôi dựa trên một số tiêu chí nhất định trước khi chúng tôi đài thọ. (Tham khảo **Mục C** trong chương này).

## Mục lục

A. Mua thuốc theo toa của quý vị ..... 150
A1. Mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới ..... 150
A2. Sử dụng Thẻ ID Hội Viên của quý vị khi quý vị mua thuốc theo toa ..... 150
A3. Phải làm gì nếu quý vị thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới ..... 150
A4. Phải làm gì nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới ..... 151
A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên khoa ..... 151
A6. Sử dụng dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện để nhận thuốc ..... 151
A7. Nhận một lượng thuốc dài hạn ..... 154
A8. Sử dụng nhà thuốc không thuộc mạng lưới trong chương trình của chúng tôi ..... 154
A9. Hoàn trả chi phí thuốc theo toa cho quý vị ..... 155

B. *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi ..... 155
B1. Các Thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi ..... 155
B2. Cách tìm một loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi ..... 156
B3. Các Thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi ..... 156

C. Giới hạn đối với một số loại thuốc ..... 158

D. Lý do thuốc của quý vị có thể không được đài thọ ..... 160
D1. Nhận một lượng thuốc tạm thời ..... 160
D2. Yêu cầu lượng thuốc tạm thời ..... 162
D3. Yêu cầu trường hợp ngoại lệ ..... 162

E. Thay đổi bảo hiểm cho thuốc của quý vị ..... 163

F. Bảo hiểm thuốc trong các trường hợp đặc biệt ..... 166
F1. Trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong thời gian mà chương trình của chúng tôi đài thọ ..... 166
F2. Trong cơ sở chăm sóc dài hạn ..... 166
F3. Trong chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận ..... 166

G. Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc ..... 167
G1. Các chương trình hỗ trợ quý vị sử dụng thuốc an toàn ..... 167
G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc ..... 167
G3. Chương trình quản lý thuốc (DMP) giúp các hội viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn ..... 168

# A. Mua thuốc theo toa của quý vị

## A1. Mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới

Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi chỉ chi trả cho thuốc theo toa khi được mua tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi. Nhà thuốc trong mạng lưới là cửa hàng thuốc đồng ý bán thuốc theo toa cho các hội viên chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể sử dụng bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi. (Tham khảo **Mục A8** để biết thông tin về trường hợp chúng tôi đài thọ cho các thuốc theo toa được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới).

Để tìm một nhà thuốc trong mạng lưới, tham khảo *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.

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

Để mua thuốc theo toa của mình, **quý vị cần trình Thẻ ID Hội Viên** tại nhà thuốc trong mạng lưới. Nhà thuốc trong mạng lưới lập hóa đơn cho chúng tôi đối với loại thuốc được đài thọ của quý vị.

Nếu quý vị không mang Thẻ ID Hội Viên khi mua thuốc theo toa, vui lòng yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi để lấy thông tin cần thiết hoặc quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc tra cứu thông tin ghi danh chương trình của quý vị.

Nếu nhà thuốc không thể lấy được thông tin cần thiết, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa khi mua. Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị. **Nếu quý vị không thể thanh toán cho thuốc, vui lòng liên hệ ngay với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.** Chúng tôi sẽ làm mọi thứ có thể để giúp đỡ quý vị.

- Để yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị, tham khảo **Chương 7** của *Sổ Tay Hội Viên* này.
- Nếu quý vị cần trợ giúp để mua thuốc theo toa, vui lòng liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.

## A3. Phải làm gì nếu quý vị thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới

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

Nếu quý vị cần trợ giúp thay đổi nhà thuốc trong mạng lưới của mình, vui lòng liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.

### A4. Phải làm gì nếu nhà thuốc của quý vị rời khỏi mạng lưới

Nếu nhà thuốc quý vị sử dụng rời khỏi mạng lưới của chương trình chúng tôi, quý vị cần tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới.

Để tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới, tham khảo *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi hoặc liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.

### A5. Sử dụng nhà thuốc chuyên khoa

Đôi khi toa thuốc phải được mua tại một nhà thuốc chuyên khoa. Nhà thuốc chuyên khoa bao gồm:

- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho liệu pháp tiêm truyền tại nhà, được đài thọ khi:
  - Chương trình của chúng tôi đã chấp thuận toa thuốc của quý vị cho liệu pháp tiêm truyền tại nhà,
  - Toa thuốc của quý vị do một người kê toa được ủy quyền kê, **và**
  - Quý vị nhận các dịch vụ truyền thuốc tại nhà từ một nhà thuốc trong mạng lưới.
- Các nhà thuốc cung cấp thuốc cho người cư trú tại một cơ sở chăm sóc dài hạn, chẳng hạn như cơ sở điều dưỡng.
  - Thông thường, các cơ sở chăm sóc dài hạn có nhà thuốc riêng. Nếu quý vị cư trú tại một cơ sở chăm sóc dài hạn, chúng tôi bảo đảm quý vị có thể nhận thuốc mình cần tại nhà thuốc của cơ sở đó.
  - Nếu nhà thuốc của cơ sở chăm sóc dài hạn của quý vị không nằm trong mạng lưới của chúng tôi hoặc quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thuốc tại cơ sở chăm sóc dài hạn, vui lòng liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.
- Các nhà thuốc phục vụ Dịch Vụ Y Tế Dành Cho Người Mỹ Bản Địa, Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế dành cho Người Mỹ Bộ Lạc/Thành Thị. Ngoại trừ trong trường hợp khẩn cấp, chỉ Người Mỹ Bản Địa hoặc Thổ Dân Alaska mới có thể sử dụng các nhà thuốc này.
- Các nhà thuốc cấp phát 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 hướng dẫn về cách sử dụng. (Lưu ý: Tình huống này hiếm khi xảy ra). Để tìm một nhà thuốc chuyên khoa, tham khảo *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc*, truy cập trang web của chúng tôi, hoặc liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.

### A6. Sử dụng dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện để nhận thuốc

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện trong mạng lưới của chương trình chúng tôi. Thông thường, các loại thuốc có sẵn thông qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện là các loại thuốc mà quý vị dùng thường xuyên cho một bệnh trạng mạn tính hoặc kéo dài. Các loại thuốc có sẵn thông qua dịch vụ đặt mua qua đường

bưu điện trong chương trình của chúng tôi được đánh dấu là thuốc đặt mua qua đường bưu điện trong *Danh Sách Thuốc*.

Dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện trong chương trình của chúng tôi cho phép quý vị đặt hàng lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 100 ngày. Lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày có cùng khoản tiền đồng trả với lượng thuốc đủ dùng trong một tháng.

LƯU Ý: Hội viên NaviCare không mất chi phí cho các dịch vụ được đài thọ.

### Mua thuốc theo toa qua đường bưu điện

Để lấy mẫu đơn đặt mua và thông tin về cách mua thuốc theo toa qua bưu điện, vui lòng gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số ở cuối trang.

Thông thường, toa thuốc đặt qua bưu điện sẽ đến trong vòng 5 ngày làm việc sau khi nhận được đơn đặt mua đã điền đầy đủ thông tin. Nếu nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện dự kiến sẽ chậm trễ hơn 10 ngày, chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị và giúp quý vị quyết định xem nên đợi thuốc, hủy đơn đặt mua qua đường bưu điện hay mua thuốc theo toa tại nhà thuốc địa phương. Nếu quý vị cần yêu cầu đơn đặt mua gấp do sự chậm trễ của dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện, quý vị có thể liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số ở cuối trang để trao đổi về các lựa chọn, có thể bao gồm việc mua thuốc tại nhà thuốc bán lẻ địa phương hoặc sử dụng phương thức giao hàng nhanh. Cung cấp cho người đại diện số ID và (các) số toa thuốc của quý vị. Nếu quý vị muốn giao thuốc trong vòng hai ngày hoặc ngày hôm sau, quý vị có thể yêu cầu nhân viên chăm sóc khách hàng thực hiện với một khoản phí bổ sung.

### Quy trình đặt mua qua đường bưu điện

Dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện có các quy trình khác nhau đối với toa thuốc mới mà nhà thuốc nhận từ chính quý vị, các toa thuốc mới nhận trực tiếp từ văn phòng nhà cung cấp của quý vị và mua thêm các toa thuốc theo hình thức đặt mua qua đường bưu điện.

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

Nhà thuốc tự động mua và giao các toa thuốc mới nhận được từ quý vị.

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

Nhà thuốc tự động mua và giao các toa thuốc mới nhận được từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà không cần kiểm tra trước với quý vị nếu:

- Trước đây, quý vị đã sử dụng dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện với chương trình của chúng tôi, **hoặc**
- Quý vị đăng ký giao tự động tất cả toa thuốc mới mà quý vị nhận trực tiếp từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể yêu cầu giao tự động tất cả các toa thuốc mới ngay bây giờ hoặc bất cứ lúc nào bằng cách gọi số 1-844-657-0494 (TTY 711). Nếu quý vị nhận được toa thuốc tự động qua đường bưu điện mà quý vị không muốn và

không được liên hệ để xem quý vị có muốn toa thuốc trước khi vận chuyển hay không, quý vị có thể đủ điều kiện để được hoàn tiền.

Nếu trước đây quý vị đã sử dụng dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện và không muốn nhà thuốc tự động mua và gửi mỗi toa thuốc mới, vui lòng liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi số 1-844-657-0494 (TTY 711).

Nếu quý vị chưa bao giờ sử dụng dịch vụ giao thuốc đặt mua qua đường bưu điện của chúng tôi và/hoặc quyết định ngừng tự động mua toa thuốc mới, nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị mỗi khi nhận được toa thuốc mới từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để tìm hiểu xem quý vị có muốn mua thuốc và gửi ngay lập tức hay không.

- Việc này cho quý vị cơ hội để chắc rằng nhà thuốc giao đúng thuốc (bao gồm cả liều dùng, số lượng, và dạng thuốc) và, nếu cần, cho phép quý vị hủy hoặc hoãn đơn đặt mua trước khi giao.
- Hãy phản hồi mỗi lần nhà thuốc liên hệ với quý vị để cho họ biết cần làm gì với toa thuốc mới và để tránh mọi sự chậm trễ trong việc giao thuốc.

Để từ chối nhận tự động các toa thuốc mới được gửi trực tiếp từ văn phòng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, hãy liên hệ với chúng tôi qua số 1-844-657-0494 (TTY 711).

**3. Mua thêm các toa thuốc theo hình thức đặt mua qua đường bưu điện**

Để mua thêm thuốc, quý vị có tùy chọn đăng ký chương trình mua thêm thuốc tự động. Trong chương trình này, chúng tôi sẽ bắt đầu xử lý tự động lần mua thêm thuốc tiếp theo của quý vị khi hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị gần hết thuốc.

- Nhà thuốc sẽ liên lạc với quý vị trước khi vận chuyển mỗi đợt mua thêm thuốc để đảm bảo rằng quý vị đang cần thêm thuốc và quý vị có thể hủy việc mua thêm thuốc đã lên lịch nếu quý vị có đủ thuốc hoặc thuốc của quý vị đã thay đổi.
- Nếu quý vị chọn không sử dụng chương trình mua thêm thuốc tự động của chúng tôi, vui lòng liên hệ với nhà thuốc của quý vị 7-10 ngày làm việc trước khi toa thuốc hiện tại của quý vị hết để bảo đảm đơn đặt mua tiếp theo của quý vị được giao kịp thời.

Để từ chối tham gia chương trình tự động chuẩn bị mua thêm thuốc theo hình thức đặt mua qua đường bưu điện, vui lòng liên hệ với chúng tôi bằng cách gọi 1-844-657-0494 (TTY 711).

Hãy cho nhà thuốc biết những cách thuận tiện nhất để liên lạc với quý vị để họ có thể liên hệ với quý vị nhằm xác nhận đơn đặt mua trước khi vận chuyển. Quý vị có thể cung cấp lựa chọn về phương thức liên lạc của mình bằng cách gọi số 1-844-657-0494 (TTY 711).

## A7. Nhận một lượng thuốc dài hạn

Quý vị có thể nhận lượng thuốc duy trì dài hạn có trong *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi. Thuốc duy trì là các thuốc quý vị dùng thường xuyên, dành cho bệnh trạng mạn tính hoặc kéo dài.

Một số nhà thuốc trong mạng lưới cho phép quý vị mua lượng thuốc duy trì dài hạn. *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* cho quý vị biết những nhà thuốc nào có thể bán lượng thuốc duy trì dài hạn cho quý vị. Quý vị cũng có thể gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh để biết thêm thông tin.

LƯU Ý: Hội viên NaviCare không mất chi phí cho các dịch vụ được đài thọ.

Đối với một số loại thuốc nhất định, quý vị có thể sử dụng dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện trong mạng lưới của chương trình chúng tôi để nhận lượng thuốc duy trì dài hạn. Tham khảo **Mục A6** để tìm hiểu về các dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện.

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

Thông thường, chúng tôi chi trả cho các loại thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới chỉ khi quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới. Chúng tôi có các nhà thuốc thuộc mạng lưới bên ngoài của khu vực dịch vụ của chúng tôi, nơi quý vị có thể mua thuốc theo toa với tư cách hội viên của chương trình chúng tôi. Trong những trường hợp này, trước tiên vui lòng kiểm tra với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh để tìm hiểu xem có nhà thuốc trong mạng lưới nào ở gần hay không.

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

- Nếu quý vị không thể nhận thuốc được đài thọ kịp thời ở khu vực dịch vụ của chúng tôi vì không có nhà thuốc trong mạng lưới nào nằm trong khoảng cách lái xe hợp lý cung cấp dịch vụ 24 giờ.
- Nếu quý vị đang cố gắng mua một loại thuốc theo toa được đài thọ thường không có sẵn tại nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện hoặc nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới đủ điều kiện (những loại thuốc này bao gồm thuốc điều trị bệnh hiếm gặp hoặc dược phẩm đặc trị khác).
- Mọi chương trình quản lý thuốc trong mạng lưới, chẳng hạn như cho phép trước và giới hạn số lượng, đều áp dụng cho các giao dịch mua ngoài mạng lưới. Các nhà thuốc ngoài mạng lưới phải nằm trong lãnh thổ của Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ thuộc Hoa Kỳ.

### A9. Hoàn trả chi phí thuốc theo toa cho quý vị

Nếu quý vị phải sử dụng một nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị thường phải trả toàn bộ chi phí khi quý vị nhận được thuốc theo toa của mình. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bồi hoàn chi phí cho quý vị.

Để tìm hiểu thêm về điều này, tham khảo **Chương 7** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

---

## B. *Danh Sách Thuốc* của chương trình chúng tôi

Chúng tôi có một *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ.* Chúng tôi gọi ngắn gọn là "*Danh Sách Thuốc*".

Chúng tôi chọn các thuốc trong *Danh Sách Thuốc* với sự giúp đỡ của một nhóm các bác sĩ và dược sĩ. Tờ *Danh Sách Thuốc* cũng cho quý vị biết các quy tắc quý vị cần tuân theo để nhận được thuốc.

Thông thường, chúng tôi đài thọ cho một thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chương trình khi quý vị tuân thủ các quy tắc chúng tôi giải thích trong chương này.

### B1. Các Thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi

*Danh Sách Thuốc* của chúng tôi bao gồm các thuốc được đài thọ theo Medicare Phần D và một số thuốc và sản phẩm kê toa và không kê toa (OTC) được đài thọ theo MassHealth (Medicaid).

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

Biệt dược là thuốc được bán dưới tên đã đăng ký nhãn hiệu thuộc sở hữu của nhà sản xuất thuốc. Sản phẩm sinh học là những loại thuốc phức tạp hơn các loại thuốc thông thường. Trên *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi, khi chúng tôi đề cập đến "thuốc", điều này có thể có nghĩa là cả biệt dược và sản phẩm sinh học.

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

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

Chương trình của chúng tôi cũng đài thọ một số loại thuốc và sản phẩm OTC nhất định. Một số loại thuốc OTC rẻ tiền hơn thuốc theo toa và cũng có công hiệu tương tự. Để biết thêm thông tin, hãy gọi cho phòng Dịch vụ Ghi danh.

## B2. Cách tìm một loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi

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

- Truy cập trang web của chương trình chúng tôi tại fallonhealth.org/navicare. *Danh Sách Thuốc* trên trang web của chúng tôi luôn là danh sách thuốc mới nhất.
- Gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh để tìm hiểu xem một loại thuốc có nằm trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hay không hoặc để yêu cầu bản sao của danh sách này.
- Sử dụng "Công Cụ Quyền Lợi Thực Tế" của chúng tôi tại fallonhealth.org/navicare để tìm kiếm các loại thuốc trong *Danh Sách Thuốc* để xem ước tính số tiền quý vị sẽ phải thanh toán và liệu có loại thuốc thay thế nào trong *Danh Sách Thuốc* mà có thể điều trị tình trạng tương tự hay không. Quý vị cũng có thể gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.
- Xem *Danh Sách Thuốc Không Kê Toa và Thuốc Được MassHealth Đài Thọ Bổ Sung* gần đây nhất mà chúng tôi đã cung cấp dưới dạng điện tử.

## B3. Các Thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi

Chúng tôi không đài thọ cho tất cả các thuốc.

- Một số thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi vì luật pháp không cho phép chúng tôi đài thọ cho những thuốc đó.
- Trong một số trường hợp khác, chúng tôi đã quyết định không đưa một loại thuốc vào *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi.
- Trong một số trường hợp, quý vị có thể nhận thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, tham khảo **Chương 9.**

Chương trình của chúng tôi không chi trả cho các loại thuốc được mô tả trong mục này. Đây được gọi là **những thuốc bị loại trừ**. Nếu quý vị nhận được một toa thuốc có loại thuốc bị loại trừ, quý vị có thể cần tự mình trả tiền cho loại thuốc đó. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi phải chi trả cho một loại thuốc bị loại trừ vì trường hợp của quý vị, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại. Tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết thêm thông tin về khiếu nại.

Dưới đây là ba quy tắc chung dành cho những thuốc bị loại trừ:

1. Bảo hiểm thuốc điều trị ngoại trú của chương trình chúng tôi (bao gồm các thuốc Medicare Phần D và MassHealth (Medicaid)) không chi trả cho loại thuốc mà Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B đã đài thọ. Chương trình của chúng tôi đài thọ miễn phí các thuốc được đài

thọ theo Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B, nhưng những thuốc này không được coi là một phần của quyền lợi thuốc điều trị ngoại trú.

2. Chương trình của chúng tôi không thể đài thọ thuốc kê theo toa thuộc Phần D được mua bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.

3. Việc sử dụng thuốc phải được FDA chấp thuận hoặc được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo y tế nhất định để điều trị cho bệnh trạng của quý vị. Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị có thể kê toa một loại thuốc nhất định để điều trị bệnh trạng của quý vị, mặc dù loại thuốc đó không được chấp thuận để điều trị bệnh trạng này. Đây được gọi là "sử dụng không chính thức". Chương trình của chúng tôi thường không đài thọ các loại thuốc được kê toa để sử dụng không chính thức.

Ngoài ra, theo luật, Medicare hoặc MassHealth (Medicaid) không được đài thọ các loại thuốc được liệt kê dưới đây. Tuy nhiên, một số trong những loại thuốc này có thể được đài thọ cho quý vị theo bảo hiểm thuốc MassHealth Standard của quý vị; tham khảo *Danh Sách Thuốc Không Kê Toa và Thuốc Được MassHealth Đài Thọ Bổ Sung* trên fallonhealth.org/navicare.

- Thuốc không kê toa (còn gọi là thuốc mua tự do), trừ khi được liệt kê trong *Danh Sách Thuốc Không Kê Toa và Bổ Sung Được Đài thọ MassHealth* của chúng tôi
- Thuốc dùng để giảm các triệu chứng ho hoặc cảm lạnh, trừ phi được kê toa và được đài thọ theo quyền lợi OTC của chúng tôi
- Thuốc dùng cho các mục đích thẩm mỹ hoặc kích thích mọc tóc
- Các sản phẩm vitamin và khoáng chất kê theo toa, ngoại trừ các chế phẩm fluoride, trừ khi được kê toa và được đài thọ theo quyền lợi OTC của chúng tôi
- Thuốc dùng để điều trị tình trạng rối loạn chức năng tình dục hoặc cương dương
- Thuốc điều trị ngoại trú do một công ty sản xuất và yêu cầu quý vị phải thực hiện các xét nghiệm hoặc dịch vụ chỉ tại chính công ty đó

## C. Giới hạn đối với một số loại thuốc

Đối với một số loại thuốc, các quy tắc đặc biệt giới hạn cách thức và thời điểm chương trình của chúng tôi đài thọ. Thông thường, các quy tắc của chúng tôi khuyến khích quý vị dùng loại thuốc điều trị được bệnh trạng của quý vị, an toàn và hiệu quả.
Khi một loại thuốc an toàn, có chi phí thấp hơn sẽ có công dụng hiệu quả như một loại thuốc có chi phí cao hơn, chúng tôi mong đợi nhà cung cấp của quý vị kê toa loại thuốc có chi phí thấp hơn.

LƯU Ý: Hội viên NaviCare không mất chi phí cho các dịch vụ được đài thọ.

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 các loại thuốc giống nhau có thể có sự khác biệt tùy theo nồng độ, số lượng hoặc dạng thuốc do nhà cung cấp của quý vị kê đơn và các hạn chế khác nhau có thể áp dụng cho các phiên bản thuốc khác nhau (ví dụ: 10 mg so với 100 mg; một viên mỗi ngày so với hai viên mỗi ngày; viên nén so với chất lỏng).

**Nếu có quy tắc đặc biệt áp dụng cho thuốc của quý vị, thông thường điều đó có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ phải thực hiện thêm các bước để chúng tôi có thể đài thọ cho loại thuốc này.** Ví dụ: nhà cung cấp của quý vị có thể phải cho chúng tôi biết trước tiên về chẩn đoán của quý vị hoặc cung cấp kết quả xét nghiệm máu. Nếu quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cho rằng quy tắc của chúng tôi không nên áp dụng cho trường hợp của quý vị, vui lòng yêu cầu chúng tôi sử dụng quy trình quyết định bảo hiểm để đưa ra trường hợp ngoại lệ. Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý để cho quý vị sử dụng thuốc mà không thực hiện thêm các bước.

Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ, tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

### 1. Giới hạn việc sử dụng biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc khi có sẵn phiên bản thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự có thể thay thế được cho nhau

Thông thường, thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự có thể thay thế được cho nhau có tác dụng giống như biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc và thường có chi phí thấp hơn. Trong hầu hết các trường hợp, nếu đã có thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự có thể thay thế được cho nhau cho biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc, các nhà thuốc trong mạng lưới sẽ cấp cho quý vị thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự có thể thay thế được cho nhau đó.

- Chúng tôi thường không chi trả cho biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc khi đã có sẵn phiên bản thuốc gốc.
- Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp cho chúng tôi biết lý do y tế khiến thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự có thể thay thế được cho nhau không phù hợp với quý vị, **hoặc** ghi “Không thay thế” trên toa thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc, *hoặc* thông báo

cho chúng tôi lý do y tế khiến thuốc gốc, thuốc sinh học tương tự có thể thay thế được cho nhau, hoặc các thuốc được đài thọ khác điều trị cùng tình trạng bệnh không phù hợp với quý vị, thì chúng tôi sẽ đài thọ cho biệt dược đó.

**2. Xin chấp thuận trước của chương trình**

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc người kê toa của quý vị phải được chấp thuận từ chương trình của chúng tôi trước khi quý vị mua thuốc theo toa. Đây được gọi là cho phép trước. Chấp thuận 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, chúng tôi có thể sẽ không đài thọ thuốc này. Gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số ở cuối trang hoặc trên trang web của chúng tôi tại fallonhealth.org/navicare-formulary để biết thêm thông tin về sự cho phép trước.

**3. Trước hết phải dùng thử một loại thuốc khác**

Thông thường, chúng tôi muốn quý vị dùng thử loại thuốc có chi phí thấp hơn mà có hiệu quả như nhau trước khi chúng tôi đài thọ các loại thuốc mà có chi phí cao hơn. Ví dụ: nếu Thuốc A và Thuốc B điều trị cùng một bệnh trạng và Thuốc A có chi phí thấp hơn Thuốc B, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị phải thử dùng Thuốc A trước.

Nếu Thuốc A không có hiệu quả đối với quý vị, khi đó chúng tôi sẽ đài thọ Thuốc B. Đây được gọi là quy trình điều trị theo từng bước. Gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số ở cuối trang hoặc trên trang web của chúng tôi tại fallonhealth.org/navicare-formulary để biết thêm thông tin về liệu pháp theo từng bước.

**4. Giới hạn số lượng**

Đối với một số loại thuốc, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc quý vị có thể nhận. Đây được gọi là giới hạn số lượng. Ví dụ: nếu một thuốc nhất định thường được coi là an toàn khi dùng một viên mỗi ngày, chúng tôi có thể giới hạn lượng thuốc quý vị có thể nhận mỗi lần quý vị mua thuốc theo toa.

Để tìm hiểu xem có bất kỳ quy tắc nào trong số này áp dụng cho loại thuốc quý vị dùng hoặc muốn dùng hay không, vui lòng xem *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Để có thông tin cập nhật nhất, vui lòng gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại fallonhealth.org/navicare. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm của chúng tôi dựa trên bất kỳ lý do nào ở trên, quý vị có thể yêu cầu khiếu nại. Vui lòng tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

## D. Lý do thuốc của quý vị có thể không được đài thọ

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

- Chương trình của chúng tôi không đài thọ loại thuốc quý vị muốn dùng. Thuốc đó có thể không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Chúng tôi có thể đài thọ phiên bản thuốc gốc chứ không phải phiên bản biệt dược mà quý vị muốn dùng. Loại thuốc đó có thể là thuốc mới và chúng tôi chưa xem xét tính an toàn và hiệu quả của loại thuốc đó.

- Chương trình của chúng tôi đài thọ thuốc, nhưng có những quy tắc hoặc giới hạn đặc biệt về bảo hiểm. Như đã giải thích trong **Mục C** bên trên**,** một số loại thuốc mà chương trình đài thọ có những quy tắc giới hạn mục đích sử dụng của thuốc đó. Trong một số trường hợp, quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể muốn yêu cầu chúng tôi cấp trường hợp ngoại lệ.

Có những việc quý vị có thể làm nếu chúng tôi không đài thọ thuốc theo cách mà quý vị mong muốn.

### D1. Nhận một lượng thuốc tạm thời

Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị lượng thuốc tạm thời nếu thuốc của quý vị không có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hoặc phải chịu giới hạn nào đó. Điều này sẽ cho quý vị thời gian để trao đổi với nhà cung cấp của quý vị về việc nhận một loại thuốc khác hoặc yêu cầu chúng tôi đài thọ cho loại thuốc đó.

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

1. Loại thuốc mà quý vị đang dùng:

- không còn trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi **hoặc**
- chưa bao giờ có trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi **hoặc**
- hiện tại đang phải chịu giới hạn nào đó.

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

- Quý vị đã tham gia chương trình của chúng tôi năm ngoái.
    - Chúng tôi đài thọ cho lượng thuốc tạm thời của quý vị trong 108 ngày đầu tiên của năm theo lịch.
    - Lượng thuốc tạm thời này đủ dùng trong tối đa 30 ngày.
    - Nếu toa thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua thêm nhiều lần để cung cấp lên tới tối đa 30 ngày dùng thuốc. Quý vị phải mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới.

- Các nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc của quý vị với số lượng nhỏ mỗi lần để tránh lãng phí.

- Quý vị là người mới tham gia chương trình của chúng tôi.
  - Chúng tôi đài thọ một lượng thuốc tạm thời **trong 108 ngày đầu tiên quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.**
  - Lượng thuốc tạm thời này đủ dùng trong tối đa 30 ngày.
  - Nếu toa thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép mua thêm nhiều lần để cung cấp lên tới tối đa 30 ngày dùng thuốc. Quý vị phải mua thuốc theo toa tại nhà thuốc trong mạng lưới.
  - Các nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp thuốc của quý vị với số lượng nhỏ mỗi lần để tránh lãng phí.

- Quý vị đã tham gia chương trình của chúng tôi nhiều hơn 108 ngày, đang sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn và cần có lượng thuốc ngay lập tức.
  - Chúng tôi đài thọ cho lượng thuốc đủ dùng trong 31 ngày hoặc ít hơn nếu toa thuốc của quý vị được kê cho số ngày ít hơn. Đây là lượng bổ sung cho lượng thuốc tạm thời ở trên.
  - Đối với những hội viên đã nhập viện hoặc xuất viện từ cơ sở chăm sóc dài hạn, nếu cần, chúng tôi sẽ đài thọ lần mua thêm thuốc sớm cho quý vị. Nếu có thắc mắc về lượng thuốc tạm thời, vui lòng gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.

**Đối với thuốc MassHealth (Medicaid):**

- Quý vị là người mới tham gia chương trình.
  - Chúng tôi sẽ đài thọ lượng thuốc MassHealth (Medicaid) của quý vị trong 90 ngày hoặc cho đến khi đánh giá toàn diện và Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa (ICP) của quý vị hoàn tất, hoặc ít hơn nếu đơn thuốc của quý vị được kê cho số ngày ít hơn.
  - Để yêu cầu lượng thuốc tạm thời, hãy gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số 1-877-700-6996 (TTY 711).

## D2. Yêu cầu lượng thuốc tạm thời

Để yêu cầu lượng thuốc tạm thời, vui lòng gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.

**Khi quý vị nhận được lượng thuốc tạm thời, hãy trao đổi với nhà cung cấp của quý vị càng sớm càng tốt để quyết định việc cần làm khi thuốc của quý vị đã dùng hết.** Sau đây là những lựa chọn của quý vị:

- Đổi sang thuốc khác.

  Chương trình của chúng tôi có thể đài thọ một loại thuốc khác có tác dụng đối với quý vị. Gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh để yêu cầu nhận được danh sách các loại thuốc mà chúng tôi đài thọ điều trị cùng một bệnh trạng. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm một thuốc được đài thọ có thể có tác dụng đối với quý vị.

  **HOẶC**

- Yêu cầu một trường hợp ngoại lệ.

  Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra trường hợp ngoại lệ. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ một loại thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* hoặc yêu cầu đài thọ thuốc mà không bị giới hạn. Nếu nhà cung cấp xác nhận quý vị có lý do y tế chính đáng để được cấp một trường hợp ngoại lệ, họ có thể hỗ trợ quý vị gửi yêu cầu trường hợp ngoại lệ.

## D3. Yêu cầu trường hợp ngoại lệ

Nếu một thuốc quý vị dùng sẽ được đưa ra khỏi *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi hoặc bị giới hạn theo một cách nào đó trong năm tới, chúng tôi cho phép quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ trước năm tới.

- Chúng tôi cho quý vị biết về bất kỳ thay đổi nào trong bảo hiểm cho thuốc của quý vị trong năm tới. Yêu cầu chúng tôi đưa ra một trường hợp ngoại lệ và đài thọ thuốc cho năm tới theo cách quý vị muốn.
- Chúng tôi trả lời yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị (hoặc tuyên bố ủng hộ của người kê toa của quý vị).
- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cho phép bảo hiểm cho thuốc đó trước khi thay đổi có hiệu lực.

Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ, tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

Nếu quý vị cần được trợ giúp yêu cầu trường hợp ngoại lệ, hãy liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh hoặc Điều Hướng Viên của quý vị.

## E. Thay đổi bảo hiểm cho thuốc của quý vị

Hầu hết các thay đổi về khoản đài thọ thuốc diễn ra vào ngày 1 tháng 1, nhưng chúng tôi có thể thêm hoặc loại bỏ thuốc khỏi
*Danh Sách Thuốc* trong năm. Chúng tôi cũng có thể thay đổi các quy tắc về thuốc. Ví dụ: chúng tôi có thể:

- Quyết định yêu cầu hay không yêu cầu chấp thuận trước (PA) đối với một loại thuốc (sự cho phép của chúng tôi trước khi quý vị có thể nhận thuốc).
- Thêm hoặc thay đổi số lượng thuốc quý vị có thể nhận (giới hạn số lượng).
- Thêm hoặc thay đổi các hạn chế về quy trình điều trị theo từng bước đối với một loại thuốc (quý vị phải thử một loại thuốc trước khi chúng tôi đài thọ cho một loại thuốc khác).
- Thay thế một sản phẩm sinh học gốc bằng phiên bản thuốc sinh học tương tự có thể thay thế được cho nhau của sản phẩm sinh học.

Chúng tôi phải tuân thủ các yêu cầu của Medicare trước khi thay đổi *Danh Sách Thuốc* của chương trình. Để biết thêm thông tin về các quy tắc về thuốc này, tham khảo **Mục C**.

Nếu quý vị dùng một loại thuốc mà chúng tôi đã đài thọ vào **đầu** năm, chúng tôi thường sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi bảo hiểm của thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm** trừ phi:

- có một loại thuốc mới, rẻ hơn được bán ra thị trường và có hiệu quả tương đương với một loại thuốc hiện có trong
  *Danh Sách Thuốc* ngay bây giờ, **hoặc**
- chúng tôi phát hiện một loại thuốc không an toàn **hoặc**
- loại thuốc đó bị rút khỏi thị trường.

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

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

- Xem *Danh Sách Thuốc* hiện tại của chúng tôi trực tuyến tại fallonhealth.org/navicare **hoặc**
- Gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số ở cuối trang để xem *Danh Sách Thuốc* hiện tại của chúng tôi.

**Những thay đổi chúng tôi có thể thực hiện đối với *Danh Sách Thuốc* có ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình hiện tại**

Một số thay đổi đối với *Danh Sách Thuốc* sẽ diễn ra ngay lập tức. Ví dụ:

- Xuất hiện một loại thuốc gốc mới. Đôi khi, một loại thuốc gốc hoặc thuốc sinh học mới xuất hiện trên thị trường có tác dụng cũng như biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc trong *Danh Sách Thuốc* hiện nay. Khi điều đó xảy ra, chúng tôi có thể loại bỏ biệt dược và thêm thuốc gốc mới, nhưng chi phí quý vị trả cho thuốc mới sẽ giữ nguyên. Khi thêm thuốc gốc mới, chúng tôi cũng có thể quyết định giữ biệt dược đó trong danh sách nhưng thay đổi quy tắc hoặc giới hạn bảo hiểm.

    - Chúng tôi có thể không cho quý vị biết trước khi thực hiện thay đổi này, nhưng chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện khi thay đổi đó xảy ra.

    - Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể yêu cầu một "trường hợp ngoại lệ" đối với những thay đổi này. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo kèm theo các bước quý vị có thể thực hiện để yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Vui lòng tham khảo **Chương 9, Mục G** của tài liệu hướng dẫn này để biết thêm thông tin về các trường hợp ngoại lệ.

Khi những thay đổi này xảy ra, chúng tôi sẽ:

- Cho quý vị biết ít nhất 30 ngày trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi *Danh Sách Thuốc* hoặc

- Cho quý vị biết và cung cấp cho quý vị lượng biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc đủ dùng trong 30 ngày sau khi quý vị yêu cầu mua thêm.

Hành động này sẽ cho quý vị thời gian để trao đổi với bác sĩ hoặc người kê toa khác. Họ có thể giúp quý vị quyết định:

- Quý vị có nên chuyển sang thuốc gốc hoặc thuốc sinh học tương tự có thể thay thế được cho nhau, hoặc xem có loại thuốc tương tự nào trong *Danh Sách Thuốc* mà quý vị có thể sử dụng thay thế hay không, hoặc

- Có nên yêu cầu trường hợp ngoại lệ đối với những thay đổi này hay không. Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ, tham khảo **Chương 9**, **Mục G**.

**Loại bỏ thuốc không an toàn và các thuốc khác bị thu hồi khỏi thị trường.** Đôi khi một loại thuốc có thể được coi là không an toàn hoặc bị loại bỏ khỏi thị trường vì một lý do khác. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi có thể
ngay lập tức đưa nó ra khỏi *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Nếu quý vị đang dùng thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị sau khi thực hiện thay đổi.

Nếu chúng tôi thực hiện bất kỳ thay đổi nào trong số những thay đổi này đối với bất kỳ loại thuốc nào quý vị đang dùng, hãy trao đổi với người kê toa về các lựa chọn phù hợp nhất với quý vị, bao gồm thay đổi sang một loại thuốc khác để điều trị tình trạng của quý vị hoặc yêu cầu quyết định bảo hiểm để đáp ứng bất kỳ hạn chế mới nào đối với loại thuốc quý vị đang dùng. Quý vị hoặc người kê toa có thể yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị một trường hợp ngoại lệ để tiếp tục đài thọ cho loại thuốc hoặc phiên bản thuốc quý vị đang dùng. Để biết thêm thông tin

về cách yêu cầu ra quyết định bảo hiểm, bao gồm cả trường hợp ngoại lệ, vui lòng xem **Chương 9.**

**Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác ảnh hưởng đến những thuốc mà quý vị đang dùng.** Chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị về những thay đổi khác này đối với *Danh Sách Thuốc*. Những thay đổi này có thể xảy ra nếu:

- FDA cung cấp hướng dẫn mới hoặc có các hướng dẫn lâm sàng mới về thuốc.

Khi những thay đổi này xảy ra, chúng tôi sẽ:

- Thông báo cho quý vị biết ít nhất 30 ngày trước khi thực hiện thay đổi đối với *Danh Sách Thuốc* **hoặc**
- Thông báo cho quý vị và cấp cho quý vị một lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày sau khi quý vị yêu cầu mua thêm thuốc.

Điều này giúp quý vị có thời gian trao đổi với bác sĩ hoặc người kê toa khác. Họ có thể giúp quý vị quyết định:

- Xem có loại thuốc tương tự nào trong *Danh Sách Thuốc* mà quý vị có thể dùng thay thế hay không **hoặc**
- Liệu quý vị có nên yêu cầu một trường hợp ngoại lệ đối với những thay đổi này để tiếp tục được đài thọ loại thuốc hoặc phiên bản thuốc mà quý vị đang dùng hay không. Để tìm hiểu thêm về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ, tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

**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 các thay đổi đối với thuốc quý vị dùng mà không được mô tả ở trên và hiện nay không ảnh hưởng đến quý vị. Đối với những thay đổi như vậy, nếu quý vị đang dùng một loại thuốc đã được đài thọ vào **đầu năm**, thông thường chúng tôi sẽ không loại bỏ hoặc thay đổi bảo hiểm của thuốc đó **trong thời gian còn lại của năm**.

Ví dụ: nếu chúng tôi loại bỏ một loại thuốc quý vị đang dùng hoặc hạn chế sử dụng thuốc đó, thì thay đổi này sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng thuốc đó của quý vị trong thời gian còn lại của năm.

Nếu bất kỳ thay đổi nào trong số này xảy ra đối với thuốc quý vị đang dùng (ngoại trừ những thay đổi được nêu trong mục trên), thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng của quý vị cho đến ngày 1 tháng 1 của năm tiếp theo.

Chúng tôi sẽ không thông báo trực tiếp cho quý vị về những loại thay đổi này trong năm hiện tại. Quý vị sẽ cần xem *Danh Sách Thuốc* cho năm chương trình tiếp theo (khi danh sách này

có sẵn trong giai đoạn ghi danh mở) để xem liệu có bất kỳ thay đổi nào sẽ ảnh hưởng đến quý vị trong năm chương trình tiếp theo không.

## F. Bảo hiểm thuốc trong các trường hợp đặc biệt

### F1. Trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong thời gian mà chương trình của chúng tôi đài thọ

Nếu quý vị được tiếp nhận vào bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong khoảng thời gian nằm điều trị được chương trình chúng tôi đài thọ, thông thường chúng tôi sẽ đài thọ chi phí thuốc trong thời gian đó của quý vị. Quý vị sẽ không phải trả khoản tiền đồng trả. Sau khi quý vị rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn này, chúng tôi sẽ đài thọ cho thuốc của quý vị với điều kiện các loại thuốc đó đáp ứng tất cả các quy tắc về bảo hiểm của chúng tôi.

### F2. Trong cơ sở chăm sóc dài hạn

Thông thường, cơ sở chăm sóc dài hạn, ví dụ như cơ sở điều dưỡng, có nhà thuốc riêng của họ hoặc nhà thuốc cung cấp thuốc cho tất cả những người đang cư trú tại đó. Nếu quý vị sống tại cơ sở chăm sóc dài hạn, quý vị có thể nhận thuốc của mình qua nhà thuốc của cơ sở nếu cơ sở đó thuộc mạng lưới của chúng tôi.

Hãy xem *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của quý vị để tìm hiểu xem nhà thuốc của cơ sở chăm sóc dài hạn mà quý vị dùng có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu nhà thuốc đó không nằm trong mạng lưới hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin, vui lòng liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.

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

Thuốc không bao giờ được cả chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi đồng thời đài thọ.

- Quý vị có thể được ghi danh vào chương trình chăm sóc cuối đời của Medicare và yêu cầu một số loại thuốc nhất định (ví dụ: thuốc giảm đau, thuốc chống buồn nôn, thuốc nhuận tràng hoặc thuốc chống lo âu) mà chương trình chăm sóc cuối đời không đài thọ vì chúng không liên quan đến tiên lượng cuối đời và tình trạng bệnh của quý vị. Trong trường hợp đó, chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo từ người kê toa hoặc nhà cung cấp chăm sóc dịch vụ cuối đời của quý vị rằng thuốc đó không liên quan trước khi chúng tôi có thể đài thọ thuốc.

- Để tránh chậm trễ trong việc nhận các loại thuốc không liên quan mà chương trình của chúng tôi cần đài thọ, quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc người kê toa bảo đảm rằng chúng tôi đã nhận được thông báo về việc thuốc không liên quan trước khi quý vị đến nhà thuốc để nhận thuốc theo toa.

Nếu quý vị rời khỏi chương trình chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ tất cả các loại thuốc của quý vị. Để tránh bất kỳ chậm trễ nào tại nhà thuốc khi quyền lợi chăm sóc cuối đời của Medicare của quý vị kết thúc, hãy mang theo giấy tờ xác nhận đến nhà thuốc để chứng minh rằng quý vị đã rời khỏi chương trình chăm sóc cuối đời.

Hãy tham khảo các phần trước của chương này về những loại thuốc mà chương trình của chúng tôi đài thọ. Tham khảo **Chương 4** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết thêm thông tin về quyền lợi chăm sóc cuối đời.

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

### G1. Các chương trình hỗ trợ quý vị sử dụng thuốc an toàn

Mỗi lần quý vị mua thuốc theo toa, chúng tôi sẽ tìm kiếm các vấn đề có thể xảy ra, như lỗi thuốc hoặc thuốc:

- có thể không cần thiết vì quý vị dùng một loại thuốc tương tự khác có cùng công dụng
- có thể không an toàn cho độ tuổi hoặc giới tính của quý vị
- có thể gây hại cho quý vị nếu quý vị dùng chúng cùng một lúc
- có các thành phần mà quý vị bị hoặc có thể bị dị ứng
- có thể là có sai sót về số lượng (liều lượng)
- có hàm lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn

Nếu chúng tôi phát hiện có vấn đề tiềm ẩn trong việc sử dụng thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ phối hợp với nhà cung cấp để khắc phục vấn đề đó.

### G2. Các chương trình giúp quý vị quản lý thuốc

Chương trình của chúng tôi có chương trình nhằm hỗ trợ các hội viên có nhu cầu y tế phức tạp. Trong những trường hợp như vậy, quý vị có thể đủ tiêu chuẩn nhận các dịch vụ, miễn phí đối với quý vị, thông qua chương trình quản lý trị liệu bằng thuốc (MTM). Chương trình này là tự nguyện và miễn phí. Chương trình này giúp quý vị và nhà cung cấp của quý vị đảm bảo rằng các thuốc của quý vị đang có hiệu quả cải thiện sức khỏe cho quý vị. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình, một dược sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác sẽ xem xét toàn diện tất cả các loại thuốc quý vị dùng và trao đổi với quý vị về:

- cách thức nhận được nhiều lợi ích nhất từ các thuốc quý vị sử dụng
- bất kỳ mối quan ngại nào mà quý vị có, như các chi phí thuốc và phản ứng thuốc
- cách dùng thuốc tốt nhất

- bất kỳ thắc mắc hoặc vấn đề nào quý vị có về thuốc theo toa và thuốc không kê toa của quý vị

Sau đó, họ sẽ cung cấp cho quý vị:

- Một văn bản tóm tắt cuộc thảo luận này. Bản tóm tắt có kế hoạch hành động về thuốc đề xuất những việc quý vị có thể làm để tận dụng tối đa thuốc của mình.
- Danh sách thuốc cá nhân bao gồm tất cả các loại thuốc quý vị dùng, lượng thuốc quý vị dùng, thời điểm và lý do quý vị dùng.
- Thông tin về việc thải bỏ an toàn thuốc theo toa là các chất bị kiểm soát.

Quý vị nên trao đổi với người kê toa của mình về kế hoạch hành động và danh sách thuốc.

- Mang theo kế hoạch hành động và danh sách thuốc của quý vị đến buổi thăm khám hoặc bất cứ lúc nào quý vị trao đổi với các bác sĩ, dược sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.
- Mang theo danh sách thuốc của quý vị nếu quý vị đến bệnh viện hoặc phòng cấp cứu.

Các chương trình MTM là tự nguyện và miễn phí cho các hội viên đủ điều kiện. Nếu chúng tôi có chương trình phù hợp với nhu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ ghi danh quý vị vào chương trình đó và gửi thông tin cho quý vị. Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình, vui lòng cho chúng tôi biết và chúng tôi sẽ đưa quý vị ra khỏi chương trình.

Nếu quý vị có thắc mắc về các chương trình này, vui lòng liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.

## G3. Chương trình quản lý thuốc (DMP) giúp các hội viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn

Một chương trình giúp đảm bảo các hội viên sử dụng an toàn opioid theo toa và các loại thuốc thường bị lạm dụng khác. Chương trình này được gọi là Chương Trình Quản Lý Thuốc (DMP).

Nếu quý vị sử dụng các loại thuốc thuộc nhóm opioid từ nhiều người kê toa hoặc nhà thuốc, hoặc nếu quý vị gần đây đã dùng quá liều opioid, chúng tôi có thể trao đổi với những người kê toa của quý vị để đảm bảo việc sử dụng thuốc thuộc nhóm opioid của quý vị là thích hợp và cần thiết về mặt y tế. Sau khi làm việc với người kê toa của quý vị, nếu chúng tôi xác định rằng việc sử dụng các thuốc theo toa thuộc nhóm opioid hoặc nhóm benzodiazepine có thể không an toàn, chúng tôi có thể giới hạn cách quý vị có thể nhận được các loại thuốc đó. Nếu chúng tôi đưa quý vị vào DMP của chúng tôi, các giới hạn có thể bao gồm:

- Yêu cầu quý vị nhận tất cả các loại thuốc theo toa thuộc nhóm opioid hoặc benzodiazepine từ một (số) nhà thuốc nhất định
- Yêu cầu quý vị nhận tất cả các loại thuốc theo toa thuộc nhóm opioid hoặc benzodiazepine từ một (số) người kê toa nhất định

- Giới hạn số lượng thuốc thuộc nhóm opioid hoặc benzodiazepine mà chúng tôi sẽ đài thọ cho quý vị

Nếu chúng tôi có kế hoạch giới hạn cách quý vị nhận những loại thuốc này hoặc số lượng quý vị có thể nhận, chúng tôi sẽ gửi thư trước cho quý vị. Thư này sẽ cho quý vị biết liệu chúng tôi có giới hạn bảo hiểm cho những loại thuốc này đối với quý vị hay không hoặc liệu quý vị có bắt buộc chỉ được nhận toa thuốc cho những loại thuốc này từ một nhà cung cấp hoặc nhà thuốc cụ thể hay không.

**Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết về người kê toa hoặc nhà thuốc mà quý vị ưu tiên sử dụng hơn và bất kỳ thông tin nào mà quý vị cho là quan trọng để chúng tôi 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 xác nhận giới hạn đó.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã có sai sót, quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi hoặc với giới hạn, quý vị và người kê toa cho quý vị có thể gửi đơn khiếu nại. Nếu quý vị khiếu nại, chúng tôi sẽ xem xét lại trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định mới. Nếu chúng tôi tiếp tục từ chối bất kỳ phần nào trong khiếu nại của quý vị liên quan đến những giới hạn áp dụng cho việc tiếp cận thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị cho một Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập (IRO). (Để tìm hiểu thêm về khiếu nại và IRO, tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên.*)

DMP có thể không áp dụng cho quý vị nếu quý vị:

- mắc một số bệnh trạng, chẳng hạn như ung thư hoặc bệnh hồng cầu hình liềm,
- đang nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời, chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc vào giai đoạn cuối, **hoặc**
- sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.

# Chương 6: Chi phí quý vị chi trả cho thuốc Medicare và MassHealth (Medicaid)

## Giới thiệu

Chương này cho biết số tiền quý vị thanh toán cho thuốc điều trị ngoại trú của mình. Khi đề cập đến "thuốc," chúng tôi muốn nói tới:

- Các thuốc Medicare Phần D, **và**
- Thuốc và vật dụng được đài thọ theo MassHealth (Medicaid), **và**
- Các thuốc và vật dụng được chương trình của chúng tôi đài thọ như là các quyền lợi bổ sung.

**Quan trọng:** Thông tin dưới đây giải thích cách MassHealth (Medicaid) và Medicare đài thọ cho thuốc theo toa của quý vị để quý vị không phải trả các khoản đồng trả. Miễn là quý vị đủ điều kiện tham gia NaviCare HMO SNP hoặc NaviCare NHC HMO SNP, quý vị sẽ không phải trả tiền cho các loại thuốc được đài thọ.

Vì quý vị đủ điều kiện nhận MassHealth (Medicaid), nên quý vị nhận Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare để giúp thanh toán cho các thuốc Medicare Phần D của quý vị.

> **Trợ Giúp Bổ Sung** là một chương trình của Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm chi phí thuốc Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, các khoản khấu trừ và các khoản tiền đồng trả. Trợ Giúp Bổ Sung còn được gọi là "Trợ Cấp Cho Người Có Thu Nhập Thấp" hoặc "LIS". **Là hội viên của chương trình Lựa Chọn Chăm Sóc Cho Người Cao Tuổi (SCO), MassHealth (Medicaid) đài thọ các chi phí còn lại mà Medicare không đài thọ cho chi phí thuốc Medicare Phần D.**

Các thuật ngữ chính khác và định nghĩa của chúng được cung cấp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối cùng của
*Sổ Tay Hội Viên.*

Để biết thêm về các thuốc, quý vị có thể xem tại các nguồn sau:

- *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* của chúng tôi.
    - Chúng tôi gọi đây là *Danh Sách Thuốc*. Nội dung trong đó cho quý vị biết:
        - những loại thuốc mà chúng tôi chi trả
        - có giới hạn nào áp dụng cho thuốc hay không
    - Nếu quý vị cần bản sao *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi, vui lòng gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh. Quý vị cũng có thể tìm thấy bản sao mới nhất

của *Danh Sách Thuốc* trên trang web của chúng tôi tại fallonhealth.org/navicare.

- **Chương 5** của *Sổ Tay Hội Viên* này.
  - Chương này cho biết cách nhận thuốc điều trị ngoại trú thông qua chương trình của chúng tôi.
  - Chương này bao gồm các quy tắc quý vị phải tuân theo. Chương này cũng cho biết những loại thuốc mà chương trình của chúng tôi không đài thọ.
  - Khi quý vị sử dụng "Công Cụ Quyền Lợi Thực Tế" của chương trình để tra cứu bảo hiểm thuốc (tham khảo **Chương 5, Mục B2**), chi phí được trình bày chỉ là ước tính số tiền tự trả mà quý vị dự kiến phải trả. Quý vị có thể gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh để biết thêm thông tin.
- *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của chúng tôi.
  - Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để nhận thuốc được đài thọ của quý vị. Nhà thuốc trong mạng lưới là các nhà thuốc đồng ý hợp tác với chúng tôi.
  - *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* liệt kê các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Tham khảo **Chương 5** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết thêm thông tin về các nhà thuốc trong mạng lưới.

## Mục lục

A. Giải Thích Quyền Lợi (EOB) ..... 173

B. Cách theo dõi chi phí thuốc của quý vị ..... 174
B1. Nếu quý vị phát hiện lỗi trong bản tóm tắt này thì sao? ..... 175
B2. Còn về gian lận có thể xảy ra thì sao? ..... 175

C. Quý vị không phải chi trả cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng hoặc dài hạn ..... 175
C1. Nhận lượng thuốc đủ dùng dài hạn ..... 176

D. Số tiền quý vị chi trả cho vắc-xin Phần D ..... 176
D1. Những điều quý vị cần biết trước khi tiêm vắc-xin ..... 176

## A. Giải Thích Quyền Lợi (EOB)

Chương trình của chúng tôi theo dõi các chi phí thuốc của quý vị và các khoản thanh toán quý vị thực hiện khi quý vị nhận thuốc theo toa tại nhà thuốc. Chúng tôi theo dõi hai loại chi phí:

- **Chi phí tự trả** của quý vị. Đây là số tiền quý vị hoặc người khác đại diện cho quý vị thanh toán cho thuốc theo toa của quý vị. Các khoản thanh toán này bao gồm số tiền quý vị đã trả khi nhận thuốc Phần D được đài thọ, bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc quý vị dùng do thành viên gia đình hoặc bạn bè trả và bất kỳ khoản thanh toán nào được trả cho thuốc quý vị dùng bằng Trợ Giúp Bổ Sung từ Medicare, chương trình bảo hiểm sức khỏe của chủ lao động hoặc công đoàn, Dịch Vụ Y Tế Dành Cho Người Mỹ Bản Địa, các chương trình hỗ trợ thuốc điều trị AIDS, các tổ chức từ thiện và hầu hết các Chương Trình Trợ Giúp về Thuốc Của Tiểu Bang (SPAP).

- **Tổng chi phí thuốc** của quý vị. Đây là tổng tất cả các khoản thanh toán trả cho các loại thuốc Phần D được đài thọ của quý vị. Tổng chi phí này bao gồm những phần chương trình chúng tôi đã trả và những phần các chương trình hoặc tổ chức khác đã trả cho các loại thuốc Phần D được đài thọ của quý vị.

LƯU Ý: Hội viên NaviCare không mất chi phí cho các dịch vụ được đài thọ.

Khi quý vị nhận được các thuốc thông qua chương trình của chúng tôi, chúng tôi gửi cho quý vị một bản tóm tắt được gọi là *Giải Thích Quyền Lợi*. Chúng tôi gọi tắt là EOB. EOB không phải là hóa đơn. EOB có thêm thông tin về các loại thuốc quý vị dùng. EOB bao gồm:

- **Thông tin cho tháng đó.** Bản tóm tắt cho biết quý vị đã nhận được những loại thuốc nào trong tháng trước. Bản tóm tắt cho biết tổng chi phí thuốc, số tiền chúng tôi đã thanh toán và số tiền quý vị và người khác đã thanh toán thay mặt quý vị.

- **Tổng số tiền trong năm tính từ ngày 1 tháng 1.** Thông tin này cho biết tổng chi phí thuốc và tổng khoản thanh toán cho thuốc của quý vị tính từ đầu năm.

- **Thông tin về giá thuốc**. Thông tin này là về tổng giá thuốc và những thay đổi về giá thuốc kể từ lần mua đầu tiên cho mỗi yêu cầu bảo hiểm thuốc theo toa có cùng số lượng.

- **Các lựa chọn thay thế chi phí thấp hơn**. Khi áp dụng, thông tin về các loại thuốc khác có sẵn với mức chia sẻ chi phí thấp hơn cho từng loại thuốc kê toa.

Chúng tôi cung cấp bảo hiểm cho các thuốc không được Medicare đài thọ.

- Chúng tôi cũng chi trả cho một số loại thuốc không kê toa. Quý vị không phải trả bất kỳ khoản nào cho những loại thuốc này.

- Để biết chương trình của chúng tôi đài thọ những thuốc nào, tham khảo *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Ngoài các loại thuốc được đài thọ theo Medicare, một số thuốc theo toa và thuốc không kê toa được đài thọ theo MassHealth (Medicaid). Các thuốc này được bao gồm trong *Danh Sách Thuốc Không Kê Toa và Thuốc Được MassHealth Đài Thọ Bổ Sung*.

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

Để theo dõi các chi phí thuốc của quý vị và các thanh toán quý vị thực hiện, chúng tôi sẽ sử dụng hồ sơ chúng tôi nhận được từ quý vị và từ nhà thuốc của quý vị. Sau đây là cách quý vị có thể giúp chúng tôi:

1. **Sử dụng Thẻ ID Hội Viên của quý vị.**

   Trình Thẻ ID Hội Viên của quý vị mỗi lần quý vị mua thuốc theo toa. Điều này cho chúng tôi biết quý vị mua loại thuốc theo toa nào và thanh toán những gì.

2. **Nhớ cho chúng tôi biết những thông tin mà chúng tôi cần.**

   Hãy cung cấp cho chúng tôi bản sao các biên lai đã nhận thuốc được đài thọ mà quý vị đã thanh toán. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị đối với thuốc đó.

   Dưới đây là một vài ví dụ khi quý vị cần cung cấp cho chúng tôi các bản sao biên lai của quý vị:

   - Khi quý vị mua một loại thuốc được đài thọ tại một nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng một thẻ giảm giá không thuộc quyền lợi trong chương trình của chúng tôi.

   - Khi quý vị trả tiền đồng trả cho những loại thuốc quý vị nhận được theo một chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc.

   - Khi quý vị mua các thuốc được đài thọ tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới.

   - Khi quý vị thanh toán toàn bộ giá cho một loại thuốc được đài thọ trong những trường hợp đặc biệt.

   Để biết thêm thông tin về việc yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị đối với một loại thuốc, tham khảo **Chương 7** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

3. **Gửi cho chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán mà người khác trả thay cho quý vị.**

**4. Xem EOB mà chúng tôi gửi cho quý vị.**

Khi quý vị nhận được EOB qua đường bưu điện, vui lòng bảo đảm EOB đầy đủ và chính xác.

- **Quý vị có nhận ra tên của từng nhà thuốc không?** Kiểm tra ngày tháng. Quý vị có nhận thuốc vào ngày đó không?
- **Quý vị có nhận đúng các loại thuốc được liệt kê không?** Thuốc có khớp với những gì ghi trên biên lai của quý vị không? Các loại thuốc đó có đúng với những gì bác sĩ kê cho quý vị không?

### B1. Nếu quý vị phát hiện lỗi trong bản tóm tắt này thì sao?

Nếu có điều gì đó khó hiểu hoặc có vẻ không đúng trên EOB này, vui lòng gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh của NaviCare. Quý vị cũng có thể tìm thấy câu trả lời cho nhiều câu hỏi trên trang web của chúng tôi:
fallonhealth.org/navicare.

### B2. Còn về gian lận có thể xảy ra thì sao?

Nếu bản tóm tắt này trình bày các loại thuốc mà quý vị không sử dụng hoặc bất kỳ điều gì khác có vẻ đáng ngờ, vui lòng liên hệ với chúng tôi.

- Hãy gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh của NaviCare theo số 1-877-700-6996 (người dùng TTY xin gọi 711).
- Hoặc gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi các số điện thoại này miễn phí.

Nếu quý vị nghĩ có điều gì sai hoặc thiếu, hoặc nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hãy gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh. Hãy giữ lại các EOB này. Đó là hồ sơ quan trọng về các chi phí thuốc của quý vị. Lưu ý rằng quý vị không phải chịu trách nhiệm về bất kỳ chi phí nào cho các loại thuốc hoặc dịch vụ được đài thọ. Nếu quý vị bị lập hóa đơn đối với một loại thuốc được đài thọ, quý vị có thể yêu cầu chương trình thanh toán phần chia sẻ chi phí của chúng tôi. Để biết hướng dẫn về cách thực hiện việc này, xem **Chương 7**.

## C. Quý vị không phải chi trả cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng hoặc dài hạn

Với chương trình của chúng tôi, quý vị không phải trả tiền cho các loại thuốc được đài thọ nếu quý vị tuân thủ các quy định của chúng tôi.

### C1. Nhận lượng thuốc đủ dùng dài hạn

Đối với một số thuốc, quý vị có thể nhận lượng thuốc đủ dùng dài hạn (còn được gọi là "lượng thuốc mở rộng") khi quý vị mua toa thuốc của mình. Lượng thuốc đủ dùng dài hạn là lượng thuốc đủ dùng trong tối đa 100 ngày. Quý vị sẽ không phải trả chi phí cho lượng thuốc đủ dùng dài hạn.

Để biết chi tiết về địa điểm và cách nhận nguồn cung thuốc dài hạn, hãy tham khảo **Chương 5** của tài liệu này
*Sổ Tay Hội Viên* hoặc *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* của chúng tôi.

Để biết thông tin về những nhà thuốc có thể cung cấp nguồn thuốc dài hạn, hãy tham khảo *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc.*

---

## D. Số tiền quý vị chi trả cho vắc-xin Phần D

**Thông tin quan trọng về số tiền quý vị chi trả cho vắc-xin:** Một số vắc-xin được xem là quyền lợi y tế và được đài thọ theo Medicare Phần B. Các vắc-xin khác được coi là thuốc Medicare Phần D. Quý vị có thể tìm thấy các vắc-xin này được liệt kê trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi đài thọ miễn phí hầu hết các vắc-xin Medicare Phần D dành cho người lớn cho quý vị. Tham khảo *Danh Sách Thuốc* trong chương trình của chúng tôi hoặc liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh để biết thông tin chi tiết về bảo hiểm và chia sẻ chi phí về các loại vắc-xin cụ thể.

Có hai phần đối với bảo hiểm vắc-xin Medicare Phần D của chúng tôi:

1. Phần thứ nhất là chi phí của chính vắc-xin.
2. Phần thứ hai là chi phí để tiêm vắc-xin cho quý vị. Ví dụ, đôi khi quý vị có thể được tiêm vắc-xin bởi bác sĩ của mình.

### D1. Những điều quý vị cần biết trước khi tiêm vắc-xin

Chúng tôi khuyên quý vị nên gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh nếu quý vị định tiêm vắc-xin. Chúng tôi có thể cho quý vị biết về cách chương trình của chúng tôi đài thọ cho vắc-xin của quý vị.

# Chương 7: Yêu cầu chúng tôi thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được cho các dịch vụ hoặc thuốc được đài thọ. Xin lưu ý, hội viên đủ điều kiện không phải trả chi phí cho các dịch vụ được đài thọ.

## Giới thiệu

Chương này cho quý vị biết cách thức và thời điểm gửi hóa đơn cho chúng tôi để yêu cầu thanh toán. Nội dung cũng cho quý vị biết cách khiếu nại nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được cung cấp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối cùng của *Sổ Tay Hội Viên* này.

## Mục lục

A. Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị ..... 178

B. Gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi. Xin lưu ý, hội viên đủ điều kiện không phải trả chi phí cho các dịch vụ được đài thọ. ..... 182

C. Quyết định đài thọ..... 184

D. Khiếu nại..... 185

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

Quý vị không nên nhận được hóa đơn cho các dịch vụ hoặc thuốc trong mạng lưới. Các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi phải gửi hóa đơn cho chương trình đối với các dịch vụ và thuốc được đài thọ của quý vị sau khi quý vị đã sử dụng. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp hợp tác với chương trình bảo hiểm sức khỏe này.

Chúng tôi không cho phép các nhà cung cấp của NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP lập hóa đơn cho quý vị đối với các dịch vụ hoặc thuốc này. Chúng tôi thanh toán trực tiếp cho các nhà cung cấp và chúng tôi bảo vệ quý vị trước mọi khoản phí.

**Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc, đừng thanh toán hóa đơn đó và vui lòng gửi hóa đơn đó cho chúng tôi.** Để gửi hóa đơn cho chúng tôi, tham khảo **Mục B.**

- Nếu chúng tôi đài thọ các dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
- Nếu chúng tôi đài thọ các dịch vụ hoặc thuốc đó và quý vị đã thanh toán hóa đơn, quý vị có quyền được hoàn trả.
    - Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được Medicare đài thọ, chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị.
    - Nếu quý vị đã trả tiền cho các dịch vụ được đài thọ bởi MassHealth (Medicaid), chúng tôi không thể hoàn trả cho quý vị, nhưng nhà cung cấp sẽ thanh toán. Phòng Dịch Vụ Ghi Danh có thể giúp quý vị liên hệ với văn phòng của nhà cung cấp. Xem cuối trang để biết số điện thoại của Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.
- Nếu chúng tôi không đài thọ các dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ cho quý vị biết.

Liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào. Nếu quý vị nhận được hóa đơn và không biết phải làm gì với hóa đơn đó, chúng tôi có thể giúp quý vị. Quý vị cũng có thể gọi điện nếu quý vị muốn cho chúng tôi biết thông tin về yêu cầu thanh toán quý vị đã gửi cho chúng tôi.

Ví dụ về những lần quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi hoàn trả hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị nhận được bao gồm:

1. **Khi quý vị được cấp cứu hoặc nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết khẩn cấp từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới**

   Yêu cầu nhà cung cấp lập hóa đơn cho chúng tôi.

- Nếu quý vị thanh toán toàn bộ chi phí khi nhận dịch vụ chăm sóc, vui lòng yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị. Gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.

- Quý vị có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp yêu cầu khoản thanh toán mà quý vị cho rằng quý vị không nợ. Gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.

    - Nếu nhà cung cấp cần được thanh toán, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

    - Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ Medicare, chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị.

**2. Khi nhà cung cấp trong mạng lưới gửi cho quý vị một hóa đơn**

Nhà cung cấp trong mạng lưới phải luôn lập hóa đơn cho chúng tôi. Điều quan trọng là phải xuất trình Thẻ ID Hội Viên của quý vị khi quý vị nhận bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc theo toa nào. Nhưng đôi khi họ có sai sót và yêu cầu quý vị thanh toán cho các dịch vụ của quý vị hoặc nhiều hơn phần chi phí của quý vị. **Gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh** theo số ở cuối trang này **nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào.**

- Vì chúng tôi thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ của quý vị nên quý vị không phải chịu trách nhiệm thanh toán bất kỳ chi phí nào. Các nhà cung cấp không nên lập hóa đơn cho quý vị bất cứ khoản tiền nào đối với các dịch vụ này.

- Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp trong mạng lưới, vui lòng gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề.

- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn do nhà cung cấp trong mạng lưới gửi đối với các dịch vụ được Medicare đài thọ, vui lòng gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện. Chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị chi phí của các dịch vụ được đài thọ **hoặc** khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả và số tiền quý vị phải trả theo chương trình của chúng tôi.

**3. Nếu quý vị đã được ghi danh có hiệu lực hồi tố trong chương trình của chúng tôi**

Đôi khi việc ghi danh của quý vị vào chương trình có thể có hiệu lực hồi tố. (Điều này có nghĩa là ngày đầu tiên ghi danh của quý vị đã qua. Ngày đó thậm chí có thể là vào năm ngoái.)

- Nếu quý vị đã được ghi danh có hiệu lực hồi tố và quý vị đã thanh toán hóa đơn sau ngày ghi danh, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị.

- Gửi cho chúng tôi hóa đơn và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.

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

Nếu quý vị sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, quý vị sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cho thuốc theo toa của mình.

- Chỉ trong một vài trường hợp, chúng tôi sẽ đài thọ cho các thuốc theo toa được mua tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới. Gửi cho chúng tôi một bản sao biên lai của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị.
- Tham khảo **Chương 5** của *Sổ Tay Hội Viên* này để tìm hiểu thêm về các nhà thuốc ngoài mạng lưới.
- Chúng tôi có thể không hoàn lại cho quý vị khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã trả cho thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và số tiền chúng tôi sẽ trả tại nhà thuốc trong mạng lưới.

**5. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D vì quý vị không mang theo Thẻ ID Hội Viên**

Nếu quý vị không mang theo Thẻ ID Hội Viên, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chúng tôi hoặc tra cứu thông tin ghi danh chương trình của quý vị.

- Nếu nhà thuốc không thể nhận thông tin ngay lập tức, quý vị có thể phải tự thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa hoặc quay lại nhà thuốc cùng với Thẻ ID Hội Viên của mình.
- Gửi cho chúng tôi một bản sao biên lai của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị.
- Chúng tôi có thể không hoàn lại cho quý vị toàn bộ chi phí quý vị đã trả nếu chi phí quý vị đã trả cao hơn giá đã thỏa thuận của chúng tôi cho toa thuốc.

**6. Khi quý vị thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa Medicare Phần D cho một loại thuốc không được đài thọ**

Quý vị có thể thanh toán toàn bộ chi phí thuốc theo toa vì thuốc không được đài thọ.

- Thuốc đó có thể không có trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* (*Danh Sách Thuốc*) trên trang web của chúng tôi, hoặc thuốc đó có thể có yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết hoặc không nghĩ là áp dụng cho quý vị. Nếu quý vị quyết định nhận thuốc, quý vị có thể cần phải thanh toán toàn bộ chi phí.
    - Nếu quý vị không thanh toán cho thuốc đó nhưng nghĩ rằng chúng tôi nên đài thọ cho thuốc, quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm (tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này).

- Nếu quý vị và bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị nghĩ rằng quý vị cần thuốc đó ngay, (trong vòng 24 giờ), quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh (tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này).

- Gửi cho chúng tôi một bản sao biên lai của quý vị khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể sẽ cần thêm thông tin từ bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị để có thể hoàn lại tiền thuốc cho quý vị. Chúng tôi có thể không hoàn lại cho quý vị toàn bộ chi phí quý vị đã trả nếu chi phí quý vị đã trả cao hơn giá đã thỏa thuận của chúng tôi cho toa thuốc.

Khi quý vị gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu đó và quyết định xem dịch vụ hoặc thuốc đó có cần được đài thọ hay không. Điều này được gọi là đưa ra "quyết định bảo hiểm". Nếu chúng tôi quyết định dịch vụ hoặc thuốc đó nên 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 khiếu nại quyết định của chúng tôi. Để tìm hiểu cách khiếu nại, tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

## B. Gửi yêu cầu thanh toán cho chúng tôi. Xin lưu ý, hội viên đủ điều kiện không phải trả chi phí cho các dịch vụ được đài thọ.

Gửi cho chúng tôi hóa đơn của quý vị và bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện cho các dịch vụ Medicare hoặc gọi cho chúng tôi. Bằng chứng thanh toán có thể là bản sao của tấm séc quý vị đã viết hoặc biên lai do nhà cung cấp cho thấy số dư đã được thanh toán đầy đủ. **Quý vị cần giữ bản sao hóa đơn và biên lai để lưu vào hồ sơ của quý vị.** Quý vị có thể yêu cầu Điều Hướng Viên của mình trợ giúp. Quý vị phải gửi thông tin của mình cho chúng tôi trong vòng một năm kể từ ngày quý vị nhận được dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc.

Để đảm bảo quý vị gửi cho chúng tôi tất cả thông tin chúng tôi cần để đưa ra quyết định, quý vị có thể điền vào mẫu đơn yêu cầu bảo hiểm của chúng tôi để yêu cầu thanh toán.

- Quý vị không cần phải sử dụng mẫu đơn này, nhưng mẫu đơn này sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn..
- Quý vị có thể lấy mẫu đơn trên trang web của chúng tôi fallonhealth.org/navicare, hoặc quý vị có thể gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh và yêu cầu mẫu đơn này.

Quý vị phải bao gồm các thông tin sau đây kèm theo yêu cầu của quý vị:

- Họ và tên
- ID hội viên
- Danh sách các vật dụng hoặc dịch vụ quý vị yêu cầu chúng tôi bồi hoàn
- Tên của nhà cung cấp dịch vụ/vật tư
- (Các) ngày thực hiện dịch vụ
- Quý vị phải bao gồm bản sao biên lai và hóa đơn từng mục dịch vụ hoặc vật tư. Biên lai phải thể hiện:
  - Địa điểm và ngày mua
  - Tổng số tiền đã thanh toán và phương thức thanh toán
  - Các vật dụng/dịch vụ cần được bồi hoàn
  - Nhà cung cấp dịch vụ và ngày thực hiện dịch vụ
- Đối với các yêu cầu bồi hoàn cho các vật dụng và dịch vụ y tế, biên lai hoặc hóa đơn phải bao gồm mã chẩn đoán và thủ thuật. Nếu không có sẵn hóa đơn từng mục, quý vị có thể gửi bảng kê từ nhà cung cấp/nhà cung ứng trên giấy tiêu đề chính thức của họ. Cả biên lai và hóa đơn từng mục của quý vị phải dễ đọc. Chương trình của chúng tôi sẽ không hoàn trả chi phí cho các phiếu giảm giá hoặc các hạng mục/dịch vụ được mua bằng tiền từ Chuyển Khoản Phúc Lợi Điện Tử (EBT), Tài Khoản Chi Tiêu Linh Hoạt (FSA) và/hoặc Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế (HSA).

**Khoản bồi hoàn cho toa thuốc khác với khoản bồi hoàn cho các dịch vụ y tế.** Chương trình hợp tác với đơn vị quản lý quyền lợi nhà thuốc (PBM), OptumRx, để cung cấp các khoản bồi hoàn thuốc theo toa Phần D. **Quý vị phải gửi yêu cầu bảo hiểm của mình cho OptumRx trong vòng ba năm kể từ ngày quý vị nhận thuốc**.

Để chắc chắn rằng quý vị cung cấp cho chúng tôi tất cả thông tin chúng tôi cần để đưa ra quyết định, quý vị có thể điền vào mẫu đơn bồi hoàn thuốc theo toa của chúng tôi để đưa ra yêu cầu thanh toán của quý vị.

Quý vị không cần phải sử dụng mẫu đơn bồi hoàn thuốc theo toa, nhưng mẫu đơn này sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn. Yêu cầu của quý vị phải được quý vị, đại diện được ủy quyền hoặc người kê toa được cấp phép viết, ký tên và ghi ngày tháng. Quý vị phải bao gồm các thông tin sau đây kèm theo yêu cầu của quý vị:

- Họ và tên
- Số điện thoại
- Ngày sinh
- Giới tính
- ID hội viên
- Địa chỉ gửi thư
- Tên, địa chỉ và số điện thoại của nhà thuốc đã mua thuốc theo toa của quý vị
- (Những) ngày mua thuốc theo toa
- Mã chẩn đoán và mô tả
- Tên thuốc
- Mã số toa thuốc
- Đối với thuốc dạng hợp chất, cần có các thông tin sau
  - Dạng hợp chất cuối cùng (kem, miếng dán, thuốc đạn, huyền phù, v.v.)
  - Thời gian pha chế thuốc
  - Thành phần hợp chất
- Mã Thuốc Quốc Gia (NDC)
- Số lượng
- Lượng thuốc đủ dùng theo ngày
- Tổng thể tích (gram, ml, viên, v.v.)
- Bằng chứng thanh toán
- Họ và tên người kê toa
- NPI của người kê toa

- Chi phí gốc của thuốc
- Số tiền bảo hiểm chính đã trả cho thuốc
- Số tiền do hội viên trả

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

| **Yêu cầu bảo hiểm y tế (các dịch vụ quý vị nhận được tại văn phòng của nhà cung cấp) và thẻ thể dục hoặc Save Now:** | **Yêu cầu bảo hiểm nhà thuốc (các dịch vụ quý vị nhận được tại nhà thuốc):** |
|---|---|
| Fallon Health<br>P.O. Box 211308<br>Eagan, MN 55121-2908<br>Email: reimbursements@fallonhealth.org | OptumRx Claims Department<br>P.O. Box 650287<br>Dallas, TX 75265-0287 |

## C. Quyết định đài thọ

Khi chúng tôi nhận được yêu cầu thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định bảo hiểm. Điều này có nghĩa là chúng tôi quyết định xem chương trình của chúng tôi có đài thọ dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc của quý vị hay không. Chúng tôi cũng quyết định số tiền, nếu có, quý vị phải trả.

- Chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi cần thêm thông tin từ quý vị.
- Nếu chúng tôi quyết định chương trình của chúng tôi đài thọ dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc đó và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy tắc để nhận dịch vụ, chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc đó. Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi séc qua đường bưu điện cho quý vị. Nếu quý vị đã thanh toán toàn bộ chi phí thuốc, quý vị có thể không được bồi hoàn toàn bộ số tiền quý vị đã thanh toán (ví dụ: nếu quý vị mua thuốc tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc nếu giá tiền mặt quý vị trả cao hơn giá chúng tôi đã thương lượng). Nếu quý vị chưa thanh toán, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.

**Chương 3** của *Sổ Tay Hội Viên* này giải thích các quy tắc để nhận các dịch vụ được đài thọ. **Chương 5** của *Sổ Tay Hội Viên* này giải thích các quy tắc để nhận thuốc Medicare Phần D được đài thọ.

- Nếu chúng tôi quyết định không chi trả cho dịch vụ hoặc thuốc đó, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị kèm theo lý do. Thư cũng giải thích quyền khiếu nại của quý vị.
- Để tìm hiểu thêm về các quyết định bảo hiểm, hãy tham khảo **Chương 9, Mục E, F và G**.

## D. Khiếu nại

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn khi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định. Việc này được gọi là “khiếu nại”. Quý vị cũng có thể khiếu nại nếu quý vị không đồng ý với khoản tiền chúng tôi thanh toán.

Quy trình khiếu nại chính thức có các thủ tục và thời hạn chi tiết. Để tìm hiểu thêm về khiếu nại, tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này:

- Để khiếu nại về việc được hoàn trả chi phí cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy tham khảo **Phần F**.
- Để khiếu nại về việc được hoàn trả chi phí cho một loại thuốc, hãy tham khảo **Mục G**.

# Chương 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị

## Giới Thiệu

Chương này bao gồm các quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách là hội viên chương trình của chúng tôi. Chúng tôi phải tôn trọng các quyền của quý vị. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được cung cấp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối cùng của *Sổ Tay Hội Viên* này.

## Mục lục

A Your right to get services and information in a way that meets your needs ..... 187

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades ..... 188

A. Quyền tiếp nhận dịch vụ và thông tin nhằm đáp ứng nhu cầu của quý vị ..... 189

A. สิทธิ์ของคุณในการได้รับบริการและข้อมูลในรูปแบบที่ตอบสนองความต้องการของคุณ ..... 190

B. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc đảm bảo quý vị tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được đài thọ ..... 192

C. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị ..... 193

C1. Cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị ..... 193

C2. Quyền xem hồ sơ y tế của quý vị ..... 194

THÔNG BÁO THỰC HIỆN QUYỀN RIÊNG TƯ ..... 194

D. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc cung cấp thông tin cho quý vị ..... 197

E. Nhà cung cấp trong mạng lưới không được trực tiếp gửi hóa đơn cho quý vị ..... 200

F. Quyền rời khỏi chương trình ..... 200

G. Quyền đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe ..... 201

G1. Quyền được biết các lựa chọn điều trị và đưa ra quyết định ..... 201

G2. Quyền đưa ra nguyện vọng về việc chăm sóc nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính mình ..... 202

G3. Việc cần làm nếu hướng dẫn của quý vị không được tuân thủ ..... 203

H. Quyền than phiền và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định ..... 204

H1. Việc cần làm khi bị đối xử bất công hoặc để nhận thêm thông tin về các quyền của quý vị ..... 204

I. Nguyên tắc ngang bằng cho dịch vụ sức khỏe hành vi ..... 205

J. Trách nhiệm của quý vị khi là hội viên chương trình ..... 206

## A Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Enrollee Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Khmer, Spanish, and Vietnamese, and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Enrollee Services or write to:

  Fallon Health
  NaviCare Enrollee Services
  1 Mercantile St., Suite 400
  Worcester, MA 01608

We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. Your preferred language or request for material in an alternate format, both written and spoken, or request for information in an alternate format is requested by us on each member's enrollment form. Your language preference will be captured and stored in our central operating system for all future communications, so you won't have to make a separate request each time.

You may change your preferred language or communications format by informing a member of your ICT or by calling Enrollee Services.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- My Ombudsman at 1-855-781-9898, Monday through Friday from 9 a.m. to 4 p.m.
  - Use 7-1-1 to call 1-855-781-9898. This number is for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled.

- Use Videophone (VP) 339-224-6831. This number is for people who are deaf or hard of hearing.

- MassHealth Customer Service Center at 1-800-841-2900, Monday through Friday, from 8 a.m. to 5 p.m. (TTY: 711).

- Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

## A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera culturalmente competente y accesible, incluso para aquellas personas con competencia limitada de inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva, o las de diversos orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que se encuentre en nuestro plan. Usted tiene derecho a que se le brinde información sobre todos los servicios del programa y las opciones de atención médica, incluidas las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de una manera culturalmente apropiada, teniendo en cuenta su estado funcional, idioma y necesidades culturales.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a Servicios para los Inscritos. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas que no sean el español, como inglés, vietnamita y jemer, y en formatos como letra grande, braille o audio. Estas opciones están disponibles de forma gratuita si lo pide. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para los Inscritos o escriba a la siguiente dirección:

  Fallon Health
  NaviCare Enrollee Services
  1 Mercantile St., Suite 400
  Worcester, MA 01608

Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado a su caso. En el formulario de inscripción de cada miembro, solicitamos su idioma preferido o el material en un formato alternativo para las comunicaciones escritas y verbales o la solicitud de la información en un formato alternativo. Su preferencia de idioma se registrará y guardará en nuestro sistema operativo central para todas las comunicaciones futuras con el fin de que usted no tenga que realizar una solicitud por separado en cada oportunidad.

Puede cambiar su idioma de preferencia o el formato de las comunicaciones informando a un miembro de su equipo interdisciplinario de atención (ICT) o llamando a Servicios para los Inscritos.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una reclamación, llame a los siguientes números:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- My Ombudsman al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.
  - Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidad del habla.
  - Use el videoteléfono (VP) para llamar al 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con problemas de audición.
- Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY: 711).
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

## A. Quyền tiếp nhận dịch vụ và thông tin nhằm đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp cho quý vị theo cách thức dễ tiếp cận và phù hợp về văn hóa, bao gồm cả cho đối tượng có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc đối tượng thuộc nhiều nguồn gốc văn hóa và sắc tộc khác nhau. Chúng tôi cũng phải trình bày để quý vị hiểu được các quyền lợi trong chương trình cũng như các quyền của quý vị. Chúng tôi phải thông báo cho quý vị về các quyền của quý vị trong mỗi năm quý vị tham gia chương trình. Quý vị có quyền được cung cấp thông tin về tất cả các dịch vụ và lựa chọn chăm sóc sức khỏe trong chương trình, bao gồm các lựa chọn điều trị và lựa chọn thay thế sẵn có, được trình bày theo cách phù hợp về mặt văn hóa, cân nhắc đến tình trạng chức năng sinh hoạt, ngôn ngữ và nhu cầu văn hóa của quý vị.

- Để nhận thông tin theo cách thức phù hợp, hãy gọi đến bộ phận Dịch Vụ Ghi Danh. Chương trình của chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác tiếng Anh (như tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt và tiếng Khmer), cũng như ở các định dạng bản in khổ lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Các phiên bản này được cung cấp miễn phí theo yêu cầu. Để nhận tài liệu bằng một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Ghi Danh hoặc gửi thư yêu cầu tới:

  Fallon Health
  NaviCare Enrollee Services
  1 Mercantile St., Suite 400
  Worcester, MA 01608

Chúng tôi phải đáp ứng yêu cầu cung cấp thông tin về các quyền lợi của chương trình bằng định dạng dễ tiếp cận và phù hợp với quý vị. Ngôn ngữ ưu tiên, yêu cầu tài liệu bằng định dạng thay thế (cả bằng văn bản và lời nói) hoặc yêu cầu thông tin ở định dạng thay thế là thông tin chúng tôi yêu cầu trên mẫu ghi danh của mỗi hội viên. Lựa chọn ngôn ngữ của quý vị sẽ được ghi lại và lưu trữ trong hệ điều hành trung tâm của chúng tôi để phục vụ tất cả hoạt động liên lạc trong tương lai, nên quý vị không phải yêu cầu cho từng lần riêng biệt.

Quý vị có thể thay đổi ngôn ngữ hoặc định dạng liên lạc ưu tiên của mình bằng cách thông báo cho một thành viên ICT hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Ghi Danh.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- My Ombudsman theo số 1-855-781-9898, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 9 giờ sáng đến 4 giờ chiều.
    - Sử dụng 7-1-1 để gọi 1-855-781-9898. Số điện thoại này dành cho những người bị điếc, khiếm thính hoặc khiếm ngôn.
    - Sử dụng Videophone (VP) 339-224-6831. Số điện thoại này dành cho những người bị điếc hoặc khiếm thính.
- Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng MassHealth theo số 1-800-841-2900, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều. (TTY: 711).
- Văn Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi 1-800-537-7697.

## A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក។

យើងត្រូវតែជានាថា សេវាកម្ម**ទាំងអស់** ទាំងសេវាព្យាបាល
និងមិនមែនព្យាបាលត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកទៅតាមលក្ខណៈប្រកបដោយសមត្ថភាពខាងវប្បធម៌
និងអាចចូលប្រើបាន រួមទាំងសម្រាប់អ្នកដែលភាពស្ទាត់ជំនាញខាងភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត
ជំនាញអានមានកម្រិត អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌
និងជាតិសាសន៍ចម្រុះ។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង
និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។
យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។
អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការផ្តល់ជូនព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មនៅក្នុងកម្មវិធីទាំងអស់
និងជម្រើសនៃការថែទាំសុខភាព រួមទាំងជម្រើសនៃការព្យាបាលដែលមាន និងជម្រើសផ្សេងៗ

ដែលបង្ហាញក្នុងលក្ខណៈសមស្របតាមវប្បធម៌ ដោយគិតគូរអំពីស្ថានភាពមុខងារ ភាសា និងតម្រូវការវប្បធម៌របស់អ្នក។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវារបស់អ្នកចុះឈ្មោះ។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។

- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមទាំងភាសាអេស្ប៉ាញ វៀតណាម និងខ្មែរ និងជាទម្រង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្មាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬអូឌីយ៉ូ។ ជម្រើសទាំងនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃតាមការស្នើសុំ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសផ្សេងទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាចុះឈ្មោះ ឬសរសេរទៅកាន់៖

  Fallon Health
  NaviCare Enrollee Services
  1 Mercantile St., Suite 400
  Worcester, MA 01608

យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងនេះជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន និងសមរម្យសម្រាប់អ្នក។ ភាសាដែលអ្នកពេញចិត្ត ឬសំណើសុំឯកសារជាទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀត ទាំងការសរសេរ និងការនិយាយ
ឬសំណើសុំព័ត៌មានជាទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀតត្រូវបានស្នើសុំដោយយើងខ្ញុំនៅលើទម្រង់ចុះឈ្មោះសមាជិកនីមួយៗ។ ចំណូលចិត្តភាសារបស់អ្នកនឹងត្រូវបានកត់ត្រា
និងរក្សាទុកនៅក្នុងប្រព័ន្ធប្រតិបត្តិការកណ្តាលរបស់យើងសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងទាំងអស់នាពេលអនាគត ដូច្នេះអ្នកនឹងមិនចាំបាច់ដាក់សំណើសុំដាច់ដោយឡែករាល់ពេលនោះទេ។

អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរភាសា ឬទម្រង់ទំនាក់ទំនងដែលអ្នកពេញចិត្ត ដោយជូនដំណឹងដល់សមាជិកនៃក្រុមថែទាំអន្តរជំនាញ (ICT) របស់អ្នក ឬដោយការហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាចុះឈ្មោះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា សូមទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048 ។

- កម្មវិធីមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈរបស់ខ្ញុំតាមលេខ 1-855-781-9898 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 9:00 ព្រឹក ដល់ 4:00 រសៀល

  - ប្រើ 7-1-1 ដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-781-9898។ លេខនេះគឺសម្រាប់មនុស្សថ្លង់ពិបាកស្តាប់ ឬពិការភាពចំពោះការនិយាយ។

  - ប្រើទូរសព្ទជារីដេអូ (VP) 339-224-6831។ លេខនេះគឺសម្រាប់មនុស្សថ្លង់ ឬពិបាកស្តាប់។

- មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជន MassHealth តាមលេខ 1-800-841-2900 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ (TTY: 711)។
- ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទៅលេខ 1-800-537-7697។

## B. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc đảm bảo quý vị tiếp cận kịp thời các dịch vụ và thuốc được đài thọ

Quý vị có các quyền khi là hội viên chương trình của chúng tôi.

- Quý vị có quyền lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới của chúng tôi. Nhà cung cấp trong mạng lưới là nhà cung cấp hợp tác với chúng tôi. Vui lòng tìm thêm thông tin về các loại hình nhà cung cấp có thể là PCP và cách lựa chọn PCP trong **Chương 3** của *Sổ Tay Hội Viên* này.
    - Gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh hoặc truy cập *Danh Mục Nhà Cung Cấp và Nhà Thuốc* để tìm hiểu thêm về các nhà cung cấp trong mạng lưới và các bác sĩ sẽ chấp nhận bệnh nhân mới.
- Quý vị có quyền thăm khám với bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ mà không cần giấy giới thiệu. Giấy giới thiệu là tài liệu ghi nhận sự chấp thuận từ PCP của quý vị đối với việc sử dụng một nhà cung cấp không phải là PCP của quý vị.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ được đài thọ từ nhà cung cấp trong mạng lưới trong một khoảng thời gian hợp lý.
    - Trong đó có quyền được nhận dịch vụ kịp thời từ bác sĩ chuyên khoa.
    - Nếu quý vị không thể nhận dịch vụ trong một khoảng thời gian hợp lý, chúng tôi phải thanh toán cho dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.
- Quý vị có quyền nhận các dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ chăm sóc cần thiết khẩn cấp mà không cần được cho phép trước (PA).
- Quý vị có quyền được lấy thuốc theo toa tại bất kỳ nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi mà không bị trì hoãn thời gian dài.
- Quý vị có quyền được biết khi nào quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để tìm hiểu về nhà cung cấp ngoài mạng lưới, vui lòng tham khảo **Chương 3** của *Sổ Tay Hội Viên* này.
- Quý vị có quyền được tiếp cận mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ chính và chuyên khoa – họ là những người đủ trình độ và năng lực đáp ứng nhu cầu của quý vị về mặt tiếp cận vật lý, liên lạc và lên lịch, cũng như là tuân theo quy trình đánh giá liên tục về chất lượng lâm sàng bao gồm báo cáo bắt

buộc, đồng thời quý vị cũng có quyền được tiếp cận nguồn chăm sóc chính liên tục.

- Quý vị có quyền yêu cầu thay đổi Điều hướng viên.

**Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này cho biết những việc có thể làm nếu quý vị cho rằng mình không nhận được các dịch vụ hoặc thuốc trong một khoảng thời gian hợp lý. Chương này cũng cho biết những việc có thể làm nếu chúng tôi từ chối đài thọ các dịch vụ hoặc thuốc của quý vị và quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

## C. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc bảo vệ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) của quý vị

Chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị theo quy định của luật pháp liên bang và tiểu bang.

PHI bao gồm thông tin cá nhân quý vị đã cung cấp cho chúng tôi khi quý vị ghi danh tham gia chương trình. PHI cũng bao gồm hồ sơ y tế của quý vị cùng các thông tin y tế và sức khỏe khác.

Quý vị có quyền đối với thông tin của quý vị và quyền đối với việc kiểm soát cách sử dụng PHI của quý vị. Chúng tôi gửi cho quý vị một văn bản thông báo, trong đó nêu rõ các quyền này và giải thích cách chúng tôi bảo vệ quyền riêng tư về PHI của quý vị. Thông báo này có tên là "Thông báo Thực hiện Quyền riêng tư".

### C1. Cách chúng tôi bảo vệ PHI của quý vị

Quý vị có quyền riêng tư và quyền được giữ bí mật trong mọi mặt của dịch vụ chăm sóc và đối với mọi thông tin chăm sóc sức khỏe, trừ phi luật pháp có quy định khác. Chúng tôi đảm bảo người không có phận sự sẽ không xem hoặc thay đổi hồ sơ của quý vị.

Ngoại trừ các trường hợp trình bày dưới đây, chúng tôi không cung cấp PHI của quý vị cho bất kỳ ai không cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị hoặc không thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Nếu làm vậy, trước tiên chúng tôi phải có văn bản cho phép từ quý vị. Quý vị hoặc người được ủy quyền hợp pháp để đưa ra quyết định cho quý vị có thể cung cấp văn bản cho phép.

Đôi khi, chúng tôi không cần có văn bản cho phép từ quý vị trước tiên. Luật pháp cho phép hoặc yêu cầu các trường hợp ngoại lệ sau đây:

- Chúng tôi phải tiết lộ PHI cho các cơ quan chính quyền kiểm tra chất lượng chăm sóc của chương trình chúng tôi.
- Chúng tôi phải tiết lộ PHI theo lệnh của tòa án.
- Chúng tôi phải cung cấp PHI của quý vị cho Medicare, bao gồm thông tin về các loại thuốc Medicare Phần D của quý vị. Nếu Medicare tiết lộ PHI của quý vị cho mục đích nghiên cứu hoặc mục đích khác, họ sẽ làm điều đó theo luật

liên bang. Chúng tôi cũng phải cung cấp PHI của quý vị cho MassHealth (Medicaid), bao gồm thông tin về các loại thuốc theo toa của quý vị. MassHealth (Medicaid) có thể sử dụng hoặc chia sẻ PHI của quý vị cho một số mục đích nhất định mà không cần sự cho phép của quý vị, chẳng hạn như các hoạt động để tiến hành chương trình MassHealth (Medicaid) hoặc thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe các dịch vụ mà quý vị nhận. Có những thời điểm luật pháp cũng yêu cầu MassHealth (Medicaid) tiết lộ thông tin của quý vị. MassHealth (Medicaid) không cần sự cho phép của quý vị để làm điều này.

### C2. Quyền xem hồ sơ y tế của quý vị

- Quý vị có quyền xem hồ sơ y tế của mình và nhận một bản sao của hồ sơ đó.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cập nhật hoặc chỉnh sửa hồ sơ y tế của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi làm vậy, chúng tôi sẽ làm việc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để quyết định xem có cần thực hiện các thay đổi hay không.
- Quý vị có quyền được biết liệu chúng tôi có chia sẻ PHI của quý vị với người khác hay không và bằng cách nào nếu việc chia sẻ đó không phục vụ mục đích thông thường.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại liên quan đến quyền riêng tư về PHI của mình, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ Ghi danh.

**Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 2 năm 2026**

---

## THÔNG BÁO THỰC HIỆN QUYỀN RIÊNG TƯ

Thông báo này trình bày cách thông tin y tế của quý vị có thể được sử dụng và tiết lộ, cũng như là cách quý vị có thể tiếp cận thông tin này. **Vui lòng xem xét kỹ.**

Fallon Health cùng tập thể nhân viên luôn tận tâm duy trì quyền riêng tư về thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) của quý vị, theo yêu cầu của luật pháp liên bang và tiểu bang hiện hành. Các luật này yêu cầu chúng tôi phải cung cấp cho quý vị Thông Báo Thực Hiện Quyền Riêng Tư này và báo cho quý vị biết các quyền của quý vị cùng trách nhiệm của chúng tôi liên quan đến PHI, là thông tin nhận dạng danh tính và liên quan đến tình trạng sức khỏe thể chất hoặc các tình trạng sức khỏe khác của quý vị. Chúng tôi phải tuân theo các biện pháp thực hiện quyền riêng tư trình bày dưới đây trong thời gian thông báo này có hiệu lực.

A. **Các trường hợp được phép tiết lộ PHI**. Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị:

1. **Điều trị**. Cho bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác điều trị cho quý vị. Ví dụ: chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho các bác sĩ, y tá, kỹ thuật viên hoặc nhân viên tham gia vào quá trình chăm sóc cho quý vị.
2. **Thanh toán**. Để thiết lập quyền lợi đủ điều kiện tham gia bảo hiểm cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể cung cấp PHI của quý vị cho các đối tác kinh doanh, công ty xử lý yêu cầu chi trả bảo hiểm và những bên khác xử lý yêu cầu chi trả bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của chúng tôi.

3. **Vận hành dịch vụ chăm sóc sức khỏe**. Liên quan đến việc vận hành dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi. Trong đó bao gồm các hoạt động đánh giá chất lượng, thẩm định hiệu quả của nhà cung cấp và các hoạt động kinh doanh khác. Tuy nhiên, chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc tiết lộ thông tin di truyền của quý vị cho mục đích thẩm định bảo hiểm.
4. **Điều trị cấp cứu**. Trong trường hợp quý vị cần điều trị cấp cứu hoặc không thể liên lạc với chúng tôi
5. **Gia đình và bạn bè**. Cho thành viên gia đình, bạn bè hoặc bất kỳ người nào khác mà quý vị xác định là có tham gia việc chăm sóc hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị, hoặc một thành viên trưởng thành trong gia đình có tên trong hợp đồng bảo hiểm của quý vị, trừ phi quý vị phản đối
6. **Theo yêu cầu của luật pháp**. Cho các mục đích thực thi luật pháp và theo yêu cầu của luật tiểu bang hoặc liên bang. Ví dụ: luật pháp có thể yêu cầu chúng tôi báo cáo các trường hợp lạm dụng, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình.
7. **Tố tụng tư pháp và hành chính**. Trong quá trình tố tụng tư pháp hoặc hành chính, bao gồm phản hồi lệnh tòa, trát đòi hầu tòa hoặc các yêu cầu thủ tục hợp pháp khác

    i. Hồ sơ điều trị sử dụng chất kích thích từ một số chương trình nhất định không được sử dụng tại tòa án hoặc trong các thủ tục pháp lý khác để chống lại quý vị, trừ khi quý vị cho phép bằng văn bản hoặc thẩm phán ra lệnh cho phép sử dụng hồ sơ đó. Ngoài ra, nếu thẩm phán cho phép sử dụng hồ sơ, phải có một yêu cầu pháp lý như trát đòi hầu tòa trước khi hồ sơ thực sự được chia sẻ.

8. **Mối đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc sự an toàn**. Nếu chúng tôi cho rằng cần phải tiết lộ để phòng tránh mối đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe và sự an toàn của quý vị hoặc cộng đồng
9. **Y tế công cộng**. Cho cơ quan y tế công cộng hoặc các cơ quan có thẩm quyền khác chịu trách nhiệm phòng chống hoặc kiểm soát bệnh tật, chấn thương hoặc khuyết tật hoặc chịu trách nhiệm thu thập dữ liệu y tế công cộng
10. **Các hoạt động giám sát y tế**. Cho cơ quan giám sát y tế trong các hoạt động được luật pháp cho phép. Các hoạt động này bao gồm kiểm toán; điều tra hoặc tố tụng dân sự, hành chính hoặc hình sự.
11. **Nghiên cứu**. Cho một số mục đích nghiên cứu, nhưng chỉ khi chúng tôi có sẵn các biện pháp bảo vệ và quy trình để bảo đảm quyền riêng tư về PHI của quý vị
12. **Bồi thường cho người lao động**. Tuân thủ luật pháp liên quan đến việc bồi thường cho người lao động hoặc các chương trình tương tự khác
13. **Các hoạt động chuyên trách của cơ quan chính phủ**. Theo yêu cầu của cơ quan chỉ huy quân sự nếu quý vị là quân nhân tại ngũ hoặc cựu chiến binh. Chúng tôi cũng có thể phải tiết lộ PHI cho quan chức liên bang có phận sự để tiến hành các hoạt động tình báo hoặc an ninh quốc gia khác.
14. **Hiến tạng**. Cho các tổ chức thu mua nội tạng để tạo điều kiện thuận lợi cho việc hiến tặng và cấy ghép nội tạng, mắt hoặc mô, nếu quý vị là người hiến tạng hoặc chưa cho biết rằng quý vị không muốn hiến tạng
15. **Điều tra viên, pháp y viên, điều phối viên tang lễ**. Cho điều tra viên hoặc pháp y viên nhằm mục đích xác định danh tính của người quá cố hoặc xác định nguyên nhân tử vong và cho điều phối viên tang lễ khi cần thiết để họ thực hiện nhiệm vụ của mình
16. **Người quá cố**. Cho cơ quan thực thi luật pháp về cái chết của quý vị nếu chúng tôi có lý do để cho rằng nguyên nhân gây tử vong là do hoạt động tội phạm
17. **Cứu trợ thiên tai**. Cho cơ quan chính phủ hoặc tổ chức tư nhân (như FEMA hoặc Hội Chữ Thập Đỏ) hỗ trợ các nỗ lực cứu trợ thiên tai, trừ phi quý vị phản đối

Xin lưu ý: chúng tôi có thể giới hạn lượng thông tin chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ về quý vị cho các mục đích này để tuân theo các luật liên bang hoặc tiểu bang có thể hạn chế hơn, ví dụ: luật tiểu bang về HIV/AIDS và hồ sơ sức khỏe hành vi hoặc cảm xúc và luật liên bang về điều trị rối loạn do sử dụng chất kích thích.

Chúng tôi phải tiết lộ PHI cho Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh theo các hành động mà họ có thể thực hiện để điều tra, giám sát và thực thi việc chúng tôi tuân thủ HIPAA.

B. **Cần phải có văn bản cho phép khi tiết lộ**

1) **Không được phép tiết lộ theo cách khác**. Ngoài những trường hợp trình bày ở Mục A, chúng tôi không được tiết lộ PHI của quý vị khi không có văn bản cho phép từ quý vị.
2) **Ghi chú trị liệu tâm lý**. Chúng tôi phải nhận được văn bản cho phép từ quý vị thì mới tiết lộ ghi chú trị liệu tâm lý, ngoại trừ một số hoạt động điều trị, thanh toán hoặc vận hành dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
3) **Tiếp thị và bán PHI**. Chúng tôi phải nhận được văn bản cho phép từ quý vị khi tiết lộ PHI cho các mục đích tiếp thị hoặc khi tiết lộ để bán PHI.

C. **Các quyền của quý vị**. Quý vị có quyền:

1) **Nhận bản cứng của thông báo này**. Nhận bản cứng của Thông báo này sau khi đưa ra yêu cầu.
2) **Tiếp cận PHI**. Kiểm tra và nhận bản sao PHI của quý vị miễn là chúng tôi lưu giữ hồ sơ y tế của quý vị. Quý vị phải gửi văn bản yêu cầu tới cán bộ quyền riêng tư theo địa chỉ ở cuối thông báo này. Chúng tôi có thể thu một khoản phí hợp lý, dựa trên chi phí. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể từ chối yêu cầu tiếp cận PHI và quý vị có thể yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định từ chối đó. Tùy vào lý do từ chối, một chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép khác do chúng tôi lựa chọn có thể xem xét yêu cầu của quý vị và quyết định từ chối đó.
3) **Yêu cầu hạn chế**. Gửi văn bản yêu cầu hạn chế việc sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị cho mục đích điều trị, thanh toán hoặc vận hành dịch vụ chăm sóc sức khỏe, trừ trường hợp khẩn cấp. Quý vị cũng có thể yêu cầu hạn chế thông tin mà chúng tôi tiết lộ cho thành viên gia đình hoặc bạn bè tham gia việc chăm sóc của quý vị hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Tuy nhiên, chúng tôi không bị pháp luật yêu cầu phải đồng ý với hạn chế đó.
4) **Hạn chế tiết lộ cho các dịch vụ mà quý vị thanh toán toàn bộ**. Hạn chế tiết lộ PHI của quý vị cho chương trình bảo hiểm sức khỏe nếu PHI liên quan đến các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị đã tự thanh toán toàn bộ cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quý vị phải gửi văn bản yêu cầu tới cán bộ quyền riêng tư theo địa chỉ ở cuối thông báo này.
5) **Hủy bỏ**. Yêu cầu bằng văn bản rằng mọi giấy ủy quyền tiết lộ thông tin mà quý vị đã ký trước đây được thu hồi. Tuy nhiên, mọi thông tin được tiết lộ trong thời gian giấy ủy quyền vẫn còn hiệu lực sẽ không bị ảnh hưởng bởi việc thu hồi đó.
6) **Yêu cầu sửa đổi**. Gửi văn bản yêu cầu chúng tôi sửa đổi PHI nếu quý vị cho rằng thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ, miễn là chúng tôi lưu giữ hồ sơ y tế của quý vị. Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu sửa đổi của quý vị nếu chúng tôi không tạo ra PHI, nếu đó không phải là thông tin do chúng tôi lưu giữ, nếu đó không phải là thông tin mà quý vị được phép kiểm tra hoặc sao chép (chẳng hạn như ghi chú trị liệu tâm lý), hoặc nếu chúng tôi xác định rằng PHI là chính xác và đầy đủ.

7) **Giải trình về việc tiết lộ**. Yêu cầu giải trình về việc chúng tôi tiết lộ PHI (ngoài việc tiết lộ được thực hiện cho mục đích điều trị, thanh toán hoặc vận hành dịch vụ chăm sóc sức khỏe) trong vòng 6 năm trước ngày quý vị yêu cầu. Quý vị phải gửi văn bản yêu cầu, nêu rõ khoảng thời gian cần giải trình, cho cán bộ quyền riêng tư theo địa chỉ ở cuối thông báo này.
8) **Liên lạc bí mật**. Yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị về PHI của quý vị bằng một số phương tiện hoặc tại một số địa điểm nhất định. Ví dụ: quý vị có thể nêu rõ chúng tôi chỉ được gọi cho quý vị theo số điện thoại nhà riêng chứ không phải theo số cơ quan của quý vị. Quý vị phải gửi văn bản yêu cầu, nêu rõ cách thức và địa điểm chúng tôi có thể liên hệ với quý vị, cho cán bộ quyền riêng tư theo địa chỉ ở cuối thông báo này.
9) **Thông báo về vi phạm**. Quý vị có quyền được thông báo nếu chúng tôi hoặc một trong các đối tác kinh doanh của chúng tôi biết sự cố vi phạm PHI không được bảo mật của quý vị.

D. **Thay đổi đối với thông báo này**. Chúng tôi có thể thay đổi các điều khoản của thông báo này. Các thay đổi sẽ áp dụng cho tất cả thông tin chúng tôi có về quý vị. Thông báo mới sẽ được cung cấp theo yêu cầu, đăng trên trang web của chúng tôi và chúng tôi sẽ gửi qua đường bưu điện một bản sao cho quý vị trong bản tin hội viên thường niên tiếp theo.

E. **Thắc mắc và than phiền**. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về việc thực hiện quyền riêng tư của chúng tôi, có thắc mắc hoặc lo ngại, vui lòng liên hệ với chúng tôi. Nếu quý vị lo ngại rằng chúng tôi có thể đã vi phạm quyền riêng tư của quý vị hoặc không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc sử dụng, tiết lộ hoặc tiếp cận PHI của quý vị, quý vị có thể khiếu nại với chúng tôi bằng cách liên hệ với nhân viên phụ trách quyền riêng tư theo phương thức được nêu ở cuối thông báo này. Quý vị cũng có thể gửi văn bản than phiền lên Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ. Nếu quý vị có yêu cầu, chúng tôi sẽ cung cấp địa chỉ để nộp đơn than phiền.

Chúng tôi ủng hộ quyền riêng tư về PHI của quý vị. Chúng tôi sẽ không trả đũa dưới bất kỳ hình thức nào nếu quý vị chọn nộp đơn than phiền lên chúng tôi hoặc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ.

**Vui lòng gửi thắc mắc hoặc than phiền đến:**

Fallon Health
Chú ý: Privacy Officer
1 Mercantile Street, Suite 400
Worcester, MA 01608

Điện thoại: 1-800-868-5200 (TTY 711)
Fax: 1-508-831-1136
Email: compliance@fallonhealth.org

## D. Trách nhiệm của chúng tôi trong việc cung cấp thông tin cho quý vị

Khi là hội viên chương trình, quý vị có quyền nhận thông tin từ chúng tôi về chương trình, nhà cung cấp trong mạng lưới và dịch vụ được đài thọ. Quý vị có quyền được giải thích đầy đủ về mọi lựa chọn, quy định và quyền lợi trong chương trình, bao gồm thông qua việc sử dụng thông dịch viên đủ trình độ, nếu cần.

Nếu quý vị không sử dụng tiếng Anh, chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên để giải đáp thắc mắc của quý vị về chương trình. Để yêu cầu thông dịch viên, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ

Ghi danh. Đây là dịch vụ miễn phí dành cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể cung cấp thông tin cho quý vị bằng chữ in khổ lớn, chữ nổi Braille, định dạng âm thanh và bằng tiếng Khmer, tiếng Tây Ban Nha hoặc tiếng Việt. Phiên bản bằng các ngôn ngữ khác sẽ được cung cấp miễn phí theo yêu cầu.

Nếu quý vị muốn biết thông tin về bất kỳ điều nào sau đây, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ Ghi danh:

- Cách lựa chọn hoặc thay đổi chương trình
- Chương trình của chúng tôi, bao gồm:
  - thông tin tài chính
  - đánh giá của hội viên chương trình về chúng tôi
  - số lượng đơn khiếu nại của hội viên
  - cách rời khỏi chương trình của chúng tôi
- Nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm:
  - cách lựa chọn hoặc thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính
  - trình độ chuyên môn của nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi
  - cách chúng tôi thanh toán cho nhà cung cấp trong mạng lưới
- Dịch vụ và thuốc được đài thọ, bao gồm:
  - dịch vụ (tham khảo **Chương 3 và 4** của *Sổ Tay Hội Viên* này) và thuốc (tham khảo **Chương 5 và 6** của *Sổ Tay Hội Viên* này) được đài thọ theo chương trình của chúng tôi
  - giới hạn đối với phạm vi đài thọ và thuốc của quý vị
  - quy định quý vị phải tuân theo để nhận dịch vụ và thuốc được đài thọ
- Lý do không đài thọ và việc quý vị có thể làm (tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này), bao gồm cả việc yêu cầu chúng tôi:
  - gửi văn bản trình bày lý do không đài thọ
  - thay đổi quyết định chúng tôi đã đưa ra
  - thanh toán cho hóa đơn quý vị nhận được
- Thông tin về cách chúng tôi đánh giá công nghệ mới để tính là một quyền lợi được đài thọ.
  - Chúng tôi đánh giá các công nghệ y tế và sức khỏe hành vi mới, ứng dụng mới của các công nghệ hiện có và xem xét các trường hợp đặc biệt

để tính vào phạm vi đài thọ của chương trình bảo hiểm sức khỏe thông qua Ủy ban Đánh giá Công nghệ.

- Ủy Ban Đánh Giá Công Nghệ bao gồm các bác sĩ hành chính, bác sĩ hành nghề trong khu vực dịch vụ của chúng tôi và nhân viên thuộc chương trình tiến hành xem xét tài liệu chuyên sâu về công nghệ được đề xuất. Nhiệm vụ của Ủy ban này bao gồm xem xét thông tin từ các cơ quan chính phủ như Cơ quan Quản lý Thực Phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) và bằng chứng khoa học đã công bố.
- Chúng tôi sử dụng các tổ chức nghiên cứu bên ngoài tiến hành xem xét các tài liệu có sẵn liên quan đến một quy trình nhất định. Khi cần thiết, chúng tôi lấy ý kiến từ các bác sĩ chuyên khoa hoặc chuyên gia có chuyên môn về các công nghệ được đề xuất.
- Đối với những công nghệ có thể cải thiện kết quả cho hội viên mà không làm gia tăng đáng kể nguy cơ từ phương pháp điều trị, các tiêu chí đánh giá công nghệ được xây dựng theo Ủy ban Quốc gia về Đảm bảo Chất lượng (NCQA).
- Chúng tôi có một quy trình riêng biệt nhưng tương tự để đánh giá các loại thuốc mới, việc đánh giá sẽ do Ủy ban Dược & Trị liệu của chúng tôi thực hiện.

Quý vị có quyền yêu cầu và nhận *Sổ Tay Hội Viên* cũng như quyền nhận thông báo về bất kỳ thay đổi đáng kể nào liên quan đến thông tin được cung cấp trong *Sổ Tay Hội Viên* ít nhất 30 ngày trước ngày thay đổi có hiệu lực.

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

Bác sĩ, bệnh viện và nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chúng tôi không thể yêu cầu quý vị thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ. Họ cũng không được phép thu thêm khoản chênh hoặc thu phí từ quý vị nếu chúng tôi thanh toán ít hơn số tiền mà nhà cung cấp đã tính phí. Để biết việc cần làm nếu nhà cung cấp trong mạng lưới cố thu phí từ quý vị cho các dịch vụ được đài thọ, vui lòng tham khảo **Chương 7** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

## F. Quyền rời khỏi chương trình

Không ai có thể bắt quý vị ở lại chương trình của chúng tôi nếu quý vị không muốn.

- Quý vị có quyền nhận hầu hết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình qua Original Medicare hoặc chương trình Medicare Advantage (MA) khác.
- Quý vị có thể nhận quyền lợi thuốc Medicare Phần D từ chương trình thuốc hoặc chương trình MA khác.
- Tham khảo **Chương 10** của *Sổ Tay Hội Viên* này*:*
    - Để biết thêm thông tin về thời điểm quý vị có thể tham gia chương trình MA hoặc chương trình quyền lợi thuốc mới.
    - Để biết thông tin về cách quý vị nhận quyền lợi MassHealth (Medicaid) nếu rời khỏi chương trình của chúng tôi.

## G. Quyền đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Quý vị có quyền nhận thông tin đầy đủ từ bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác để đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình.

### G1. Quyền được biết các lựa chọn điều trị và đưa ra quyết định

Nhà cung cấp phải giải thích cho quý vị hiểu được tình trạng và các lựa chọn điều trị của quý vị. Quý vị có quyền:

- **Biết các lựa chọn.** Quý vị có quyền được cho biết tất cả các lựa chọn điều trị.
- **Biết các nguy cơ.** Quý vị có quyền được cho biết tất cả các nguy cơ liên quan. Chúng tôi phải báo trước cho quý vị biết nếu dịch vụ hoặc phương pháp điều trị nằm trong một thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị có quyền từ chối phương pháp điều trị thử nghiệm.
- **Lấy ý kiến thứ hai.** Quý vị có quyền sử dụng bác sĩ khác trước khi quyết định phương pháp điều trị.
- **Từ Chối.** Quý vị có quyền từ chối bất kỳ phương pháp điều trị nào. Trong đó bao gồm quyền rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ khuyến nghị quý vị không nên làm vậy. Quý vị có quyền ngừng dùng thuốc theo toa. Trong trường hợp quý vị từ chối điều trị hoặc ngừng dùng thuốc theo toa, chúng tôi sẽ không loại quý vị khỏi chương trình. Tuy nhiên, nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngừng dùng thuốc, quý vị chịu toàn bộ trách nhiệm về mọi hậu quả.
- **Yêu cầu chúng tôi giải thích lý do nhà cung cấp từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc.** Quý vị có quyền nhận lời giải thích từ chúng tôi nếu nhà cung cấp từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị cho rằng mình nên được nhận.
- **Yêu cầu chúng tôi đài thọ dịch vụ hoặc thuốc mà chúng tôi đã từ chối hoặc thường không đài thọ.** Đây được gọi là quyết định đài thọ. **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này cho biết cách yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định đài thọ.
- **Quyền không phải hứng chịu sự lạm dụng, bỏ bê và bóc lột.** Luật pháp liên bang và tiểu bang bảo vệ sức khỏe thể chất và tinh thần của quý vị. Nếu quý vị cho rằng mình đang ở trong trường hợp quý vị là người hứng chịu sự lạm dụng, bỏ bê hoặc bóc lột, dù có chủ đích hay không, vui lòng liên hệ với Người Quản Lý Chăm Sóc, một thành viên khác trong ICT của quý vị hoặc Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số điện thoại ở cuối trang. Nếu quý vị cho rằng bản thân đang bị lạm dụng, bỏ bê hoặc bóc lột và đó là trường hợp khẩn cấp, vui lòng gọi 911.

- **Quyền không phải chịu mọi hình thức giam giữ hoặc tách biệt nhằm ép buộc, trừng phạt, tạo thuận lợi hoặc trả đũa.**

## G2. Quyền đưa ra nguyện vọng về việc chăm sóc nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính mình

Đôi khi, mọi người không thể tự mình đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe. Trước khi xảy ra trường hợp đó, quý vị có thể:

- Điền vào biểu mẫu bằng văn bản để **trao cho một người quyền đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe cho quý vị** nếu sau này quý vị không thể tự mình đưa ra quyết định.
- **Cung cấp cho bác sĩ của quý vị các hướng dẫn bằng văn bản** về cách xử lý việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị nếu quý vị không thể tự mình đưa ra quyết định, bao gồm cả những dịch vụ chăm sóc mà quý vị **không** muốn nhận.

Văn bản pháp lý mà quý vị sử dụng để đưa ra chỉ dẫn có tên gọi là "chỉ thị trước". Có nhiều loại văn bản chỉ thị trước khác nhau và tên gọi khác nhau cho các loại đó. Ví dụ: di chúc sinh thời và giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe.

Quý vị không bắt buộc, nhưng có thể lập chỉ thị trước. Dưới đây là những việc cần làm nếu quý vị muốn sử dụng chỉ thị trước:

- **Lấy mẫu đơn.** Quý vị có thể lấy mẫu đơn từ bác sĩ, luật sư, nhân viên xã hội hoặc một số cửa hàng văn phòng phẩm. Các nhà thuốc và văn phòng của nhà cung cấp thường có sẵn mẫu. Quý vị có thể tìm mẫu đơn miễn phí trực tuyến và tải xuống.
- **Điền mẫu đơn và ký tên.** Mẫu đơn này là một văn bản pháp lý. Hãy cân nhắc nhờ luật sư hoặc người đáng tin cậy như thành viên gia đình hoặc PCP của quý vị, giúp quý vị hoàn thành mẫu đơn này.
- **Đưa bản sao mẫu đơn cho những người cần biết.** Đưa một bản sao mẫu đơn cho bác sĩ của quý vị. Quý vị cũng nên đưa một bản sao cho người mà quý vị chỉ định đưa ra quyết định cho quý vị khi quý vị không thể tự mình làm điều đó. Quý vị có thể đưa bản sao cho bạn bè thân thiết hoặc thành viên gia đình. Giữ một bản sao ở nhà.
- Nếu quý vị đang nằm viện và có một chỉ thị trước đã ký, **vui lòng mang bản sao của chỉ thị trước đó đến bệnh viện**.
    - Bệnh viện sẽ hỏi xem quý vị có mẫu đơn chỉ thị trước đã ký hay không và quý vị có mang theo bên mình hay không.

- Nếu quý vị không có mẫu đơn chỉ thị trước đã ký, bệnh viện có sẵn mẫu đơn và sẽ hỏi xem quý vị có muốn ký vào đó hay không.

Quý vị có quyền:

- Chuẩn bị sẵn chỉ thị trước trong hồ sơ y tế của mình.
- Thay đổi hoặc hủy bỏ chỉ thị trước bất cứ lúc nào.

Theo luật, không ai được phép từ chối chăm sóc quý vị hoặc phân biệt đối xử với quý vị dựa trên việc quý vị có ký chỉ thị trước hay không. Vui lòng gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh để biết thêm thông tin.

## G3. Việc cần làm nếu hướng dẫn của quý vị không được tuân thủ

Nếu quý vị đã ký một chỉ thị trước và cho rằng bác sĩ hoặc bệnh viện đã không tuân thủ hướng dẫn trong đó, vui lòng gửi đơn than phiền lên:

**Đối với bệnh viện:**
Department of Public Health
Division of Health Care Facility
Licensure & Certification
Complaint Intake Unit
67 Forest St.
Marlborough, MA 01752
1-800-462-5540
Fax: 1-617-753-8165

**Đối với bác sĩ:**
Consumer Protection Coordinator
Board of Registration in Medicine
178 Albion St., Suite 330
Wakefield, MA 01880
1-781-876-8200 (TTY 711)
Fax: 1-781-876-8381

## H. Quyền than phiền và yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định

**Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này cho biết việc có thể làm nếu quý vị gặp phải vấn đề hoặc có lo ngại về các dịch vụ hoặc chăm sóc được đài thọ của mình. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định đài thọ, gửi đơn khiếu nại để thay đổi quyết định đài thọ hoặc gửi đơn than phiền.

Quý vị có quyền nhận thông tin về các đơn khiếu nại và than phiền về chúng tôi mà các hội viên khác trong chương trình đã gửi. Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ Ghi danh để nhận thông tin này.

Quý vị có quyền tự do thực hiện các quyền của mình và được bảo đảm việc thực hiện các quyền đó sẽ không ảnh hưởng tiêu cực đến cách đối xử của chúng tôi và nhà cung cấp hoặc Cơ quan Tiểu bang với quý vị.

### H1. Việc cần làm khi bị đối xử bất công hoặc để nhận thêm thông tin về các quyền của quý vị

Quý vị có quyền không phải chịu sự phân biệt đối xử vì chủng tộc, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, tôn giáo, giới tính, bản dạng giới, tuổi tác, khuynh hướng tính dục, tiền sử bệnh lý hoặc yêu cầu chi trả bảo hiểm, tình trạng khuyết tật tâm thần hoặc thể chất, thông tin di truyền hoặc nguồn thanh toán. Quý vị có quyền được đối xử theo cách đàng hoàng và tôn trọng.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã đối xử bất công với quý vị – và **không** liên quan đến sự phân biệt đối xử vì những lý do nêu trong **Chương 11** của *Sổ Tay Hội Viên* này – hoặc quý vị muốn biết thêm thông tin về các quyền của mình, vui lòng gọi cho:

- Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số 1-877-700-6996 (TTY 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu (7 ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3)
- Chương trình SHINE (Phục Vụ Nhu Cầu Bảo Hiểm Y Tế Của Mọi Người) theo số 1-800-243-4636 (TTY 1-800 439-2370). Để biết thêm thông tin chi tiết về SHINE (Phục Vụ Nhu Cầu Bảo Hiểm Y Tế Của Mọi Người), tham khảo **Chương 2, Mục D**.
- My Ombudsman theo số 1-855-781-9898 (miễn phí), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 9 giờ sáng đến 4 giờ chiều.
    - Sử dụng 7-1-1 để gọi 1-855-781-9898. Số điện thoại này dành cho những người bị điếc, khiếm thính hoặc khiếm ngôn.
    - Sử dụng Videophone (VP) 339-224-6831. Số điện thoại này dành cho người khiếm thính hoặc lãng tai.
    - Gửi email cho My Ombudsman theo địa chỉ info@myombudsman.org.

My Ombudsman là chương trình độc lập có thể giúp quý vị giải quyết mối lo ngại hoặc xung đột với việc ghi danh vào Senior Care Options (SCO) hoặc quyền tiếp cận của quý vị đối với các quyền lợi và dịch vụ của SCO.

Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. (Quý vị có thể đọc hoặc tải xuống "Các Quyền & Biện Pháp Bảo Vệ của Medicare" trên trang web của Medicare tại www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

MassHealth (Medicaid) theo số 1-800-841-2900, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. (TTY: 711).

Quý vị có quyền đưa ra các đề xuất liên quan đến chính sách về quyền và trách nhiệm của hội viên. Để đưa ra các đề xuất, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ Ghi danh.

## I. Nguyên tắc ngang bằng cho dịch vụ sức khỏe hành vi

Luật pháp liên bang và tiểu bang yêu cầu tất cả các tổ chức chăm sóc được quản lý, bao gồm NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP, cung cấp các dịch vụ sức khỏe hành vi cho các thành viên MassHealth (Medicaid) giống như cách họ cung cấp các dịch vụ sức khỏe thể chất. Đây được gọi là "nguyên tắc ngang bằng". Nhìn chung, điều này có nghĩa rằng:

1) Chương trình của chúng tôi phải cung cấp mức quyền lợi cho mọi vấn đề sức khỏe hành vi và rối loạn do sử dụng chất kích thích tương tự như cho các vấn đề thể chất khác mà quý vị có thể gặp phải;

2) Chương trình của chúng tôi phải có các yêu cầu cho phép trước và các giới hạn điều trị tương tự đối với các dịch vụ sức khỏe hành vi và dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất kích thích như đối với các dịch vụ sức khỏe thể chất;

3) Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị các tiêu chí về sự cần thiết về mặt y tế được NaviCare HMO SNP hoặc NaviCare NHC HMO SNP sử dụng để phê duyệt trước theo yêu cầu của quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị; và

4) Chương trình của chúng tôi cũng phải cung cấp cho quý vị, trong một khoảng thời gian hợp lý, lý do từ chối phê duyệt đối với các dịch vụ sức khỏe hành vi hoặc dịch vụ điều trị rối loạn do sử dụng chất kích thích.

Nếu quý vị cho rằng chương trình của chúng tôi không cung cấp mức độ đối xử tương đương như được giải thích ở trên, quý vị có quyền gửi phàn nàn đến chúng tôi. Để biết thêm thông tin về quy trình phàn nàn và cách gửi, vui lòng xem **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

Quý vị cũng có thể gửi phàn nàn lên MassHealth (Medicaid). Quý vị có thể thực hiện việc này bằng cách gọi đến Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng MassHealth theo số 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.

Để biết thêm thông tin, vui lòng xem 130 CMR 450.117(J).

## J. Trách nhiệm của quý vị khi là hội viên chương trình

Khi là hội viên chương trình, quý vị có trách nhiệm thực hiện những việc được liệt kê dưới đây. Nếu quý vị có thắc mắc, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ Ghi danh.

- **Đọc *Sổ Tay Hội Viên* này** để biết những gì chương trình của chúng tôi đài thọ và các quy định cần tuân thủ để nhận dịch vụ và thuốc được đài thọ. Để biết thông tin chi tiết về:
    - Các dịch vụ được đài thọ của quý vị, tham khảo **Chương 3 và 4** của *Sổ Tay Hội Viên* này. Các chương đó cho biết những gì được đài thọ và không được đài thọ cùng các quy định quý vị cần tuân thủ và những gì quý vị phải chi trả.
    - Các loại thuốc được đài thọ của quý vị, tham khảo **Chương 5 và 6** của *Sổ Tay Hội Viên* này.
- **Báo cho chúng tôi biết về mọi loại bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc khác** của quý vị. Chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị sử dụng tất cả các lựa chọn bảo hiểm của mình khi nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Gọi cho bộ phận Dịch vụ Ghi danh nếu quý vị có loại bảo hiểm khác. Quý vị không được ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi nếu quý vị có quyền tiếp cận bảo hiểm sức khỏe khác, ngoại trừ Medicare, đáp ứng mức quyền lợi cơ bản theo quy định trong 130 CMR 501.001.
- **Báo cho bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác biết** quý vị là hội viên chương trình của chúng tôi. Xuất trình Thẻ ID Hội viên của quý vị khi nhận dịch vụ hoặc thuốc.
- **Hỗ trợ bác sĩ** và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác cung cấp cho quý vị sự chăm sóc tốt nhất.
    - Cung cấp cho họ thông tin cần thiết về quý vị và sức khỏe của quý vị. Tìm hiểu càng nhiều càng tốt về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Tuân thủ kế hoạch điều trị và hướng dẫn mà quý vị và các nhà cung cấp của quý vị đã thống nhất.
    - Đảm bảo bác sĩ và các nhà cung cấp khác của quý vị biết toàn bộ các loại thuốc quý vị dùng. Các loại thuốc này bao gồm thuốc theo toa, thuốc không kê toa, vitamin và thuốc bổ.
    - Đặt bất kỳ câu hỏi nào. Bác sĩ và các nhà cung cấp khác của quý vị phải giải thích mọi thứ cho quý vị hiểu. Nếu quý vị đặt câu hỏi và không hiểu câu trả lời, hãy hỏi lại.
- **Cư xử có chừng mực.** Tất cả hội viên của chương trình cần tôn trọng quyền của người khác. Chúng tôi cũng mong quý vị hành xử theo cách tôn trọng tại văn phòng của bác sĩ, bệnh viện và các văn phòng khác của nhà cung cấp.

- **Hoàn tất nghĩa vụ thanh toán.** Khi là hội viên chương trình, quý vị có trách nhiệm thực hiện các khoản thanh toán sau:
    - Phí bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B. Đối với hầu hết các hội viên NaviCare HMO SNP và NaviCare NHC HMO SNP, MassHealth (Medicaid) thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần A và phí bảo hiểm Medicare Phần B của quý vị.
    - **Nếu quý vị nhận dịch vụ hoặc thuốc không được đài thọ theo chương trình của chúng tôi, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí.** (**Lưu ý:** Nếu quý vị không đồng ý với quyết định không đài thọ dịch vụ hoặc thuốc mà chúng tôi đưa ra, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại. Vui lòng tham khảo **Chương 9** để tìm hiểu cách gửi đơn khiếu nại).
- **Báo cho chúng tôi biết nếu quý vị chuyển đi.** Nếu quý vị có kế hoạch chuyển đi, hãy báo ngay cho chúng tôi. Gọi cho bộ phận Dịch vụ Ghi danh.
    - **Nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi, quý vị không thể tiếp tục tham gia chương trình.** Chỉ những người sống ở khu vực dịch vụ của chúng tôi mới có thể là hội viên của chương trình này. **Chương 1** của *Sổ Tay Hội Viên* này cho biết khu vực dịch vụ của chúng tôi.
    - Chúng tôi có thể giúp quý vị tìm hiểu xem quý vị có chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi hay không.
    - Cho Medicare và MassHealth (Medicaid) biết địa chỉ mới của quý vị khi quý vị chuyển đi. Tham khảo **Chương 2** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết số điện thoại của Medicare và MassHealth (Medicaid).
    - **Nếu quý vị chuyển đi và ở trong khu vực dịch vụ của chúng tôi, chúng tôi vẫn cần phải biết.** Chúng tôi cần cập nhật hồ sơ hội viên của quý vị và biết cách liên hệ với quý vị.
    - **Nếu quý vị chuyển đi, vui lòng báo cho Cơ Quan An Sinh Xã Hội (hoặc Ban Hưu Trí Đường Sắt).**
- **Gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh để được trợ giúp nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại.**
- **Thông báo về điều khoản biện pháp thu hồi nợ từ tài sản của MassHealth**
    - Luật pháp liên bang yêu cầu MassHealth phải thu hồi nợ từ tài sản của một số hội viên MassHealth từ 55 tuổi trở lên, cũng như của những hội viên ở bất kỳ độ tuổi nào và đang nhận dịch vụ chăm sóc lâu dài tại nhà điều dưỡng hay cơ sở y tế khác. Để biết thêm thông tin về biện pháp thu hồi nợ từ tài sản của MassHealth, vui lòng truy cập www.mass.gov/estaterecovery.

# Chương 9: Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn than phiền (quyết định đài thọ, khiếu nại, than phiền)

## Giới thiệu

Chương này cung cấp thông tin về các quyền của quý vị. Đọc chương này để tìm hiểu việc cần làm nếu:

- Quý vị có vấn đề hoặc than phiền về chương trình của chúng tôi.
- Quý vị cần một dịch vụ, vật tư hoặc thuốc mà chương trình của chúng tôi cho biết sẽ không thanh toán.
- Quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình về việc chăm sóc cho quý vị.
- Quý vị cho rằng các dịch vụ được đài thọ của quý vị kết thúc quá sớm.

Chương này nằm ở các mục khác nhau để giúp quý vị dễ tìm thông tin cần biết. **Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có lo ngại, hãy đọc các phần liên quan đến trường hợp của quý vị trong chương này.** Chương này được chia thành các mục khác nhau để giúp quý vị dễ tìm thông tin về việc cần làm khi gặp vấn đề hoặc có lo ngại.

### Trường hợp quý vị gặp vấn đề về dịch vụ

Quý vị sẽ nhận được các dịch vụ y tế, dịch vụ sức khỏe hành vi, thuốc và các dịch vụ cùng hỗ trợ dài hạn (LTSS) cần thiết cho việc chăm sóc trong Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa (ICP). **Nếu quý vị gặp vấn đề về dịch vụ chăm sóc, vui lòng gọi cho My Ombudsman theo số 1-855-781-9898 (hoặc sử dụng MassRelay theo số 711 để gọi 1-855-781-9898 hoặc Videophone (VP) 339-224-6831).** Chương này giải thích các lựa chọn mà quý vị có đối với những vấn đề và than phiền khác nhau, nhưng quý vị cũng có thể gọi cho My Ombudsman để được hỗ trợ giải quyết vấn đề của mình. Để biết thêm thông tin về My Ombudsman cùng các nguồn lực bổ sung giúp giải quyết lo ngại của quý vị và cách liên hệ với họ, tham khảo **Chương 2, Mục I**.

# Mục lục

A. Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có lo ngại ..... 211
A1. Giới thiệu các thuật ngữ pháp lý ..... 211

B. Các nguồn trợ giúp ..... 211
B1. Để biết thêm thông tin và nhận trợ giúp ..... 211

C. Tìm hiểu các khiếu nại và kháng cáo của Medicare và MassHealth (Medicaid) trong chương trình của chúng tôi ..... 213

D. Vấn đề về quyền lợi ..... 213

E. Quyết định đài thọ và khiếu nại ..... 214
E1. Quyết định đài thọ ..... 214
E2. Khiếu nại ..... 214
E3. Trợ giúp về quyết định đài thọ và khiếu nại ..... 215
E4. Mục nào của chương này có thể trợ giúp quý vị ..... 216

F. Chăm sóc y tế ..... 217
F1. Sử dụng mục này ..... 217
F2. Yêu cầu quyết định đài thọ ..... 218
F3. Khiếu nại Cấp 1 ..... 221
F4. Khiếu nại Cấp 2 ..... 225
F5. Vấn đề thanh toán ..... 228

G. Thuốc Medicare Phần D ..... 230
G1. Quyết định đài thọ và khiếu nại về Medicare Phần D ..... 230
G2. Trường hợp ngoại lệ về Medicare Phần D ..... 231
G3. Thông tin quan trọng cần biết về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ ..... 233
G4. Yêu cầu quyết định bảo hiểm, gồm cả trường hợp ngoại lệ ..... 233
G5. Khiếu nại Cấp 1 ..... 236
G6. Khiếu nại Cấp 2 ..... 238

H. Yêu cầu chúng tôi đài thọ thời gian nằm viện lâu hơn ..... 240
H1. Biết về các quyền Medicare của quý vị ..... 240
H2. Khiếu nại Cấp 1 ..... 242
H3. Khiếu nại Cấp 2 ..... 243

I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ một số dịch vụ y tế nhất định ..... 244
I1. Thông báo trước trước khi bảo hiểm của quý vị kết thúc ..... 245
I2. Khiếu nại Cấp 1 ..... 245
I3. Khiếu nại Cấp 2 ..... 247

J. Đưa khiếu nại của quý vị vượt Cấp 2 ..... 247
J1. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và vật dụng của Medicare ..... 247
J2. Khiếu nại MassHealth (Medicaid) bổ sung ..... 249
J3. Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5 đối với Các Yêu Cầu Về Thuốc Medicare Phần D ..... 249

K. Cách than phiền ..... 250
K1. Những loại vấn đề nên được than phiền ..... 250
K2. Than phiền nội bộ ..... 252
K3. Than phiền bên ngoài ..... 253

# A. Việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có lo ngại

Chương này giải thích cách xử lý vấn đề và lo ngại. Quy trình áp dụng sẽ tùy thuộc vào loại vấn đề quý vị gặp phải. Sử dụng một quy trình cho **quyết định đài thọ và khiếu nại** và một quy trình khác để **than phiền** (còn được gọi là phàn nàn).

Để bảo đảm tính công bằng và nhanh chóng, mỗi quy trình có một bộ quy định, thủ tục và thời hạn mà chúng tôi và quý vị phải tuân theo.

## A1. Giới thiệu các thuật ngữ pháp lý

Chương này có các thuật ngữ pháp lý cho một số quy định và thời hạn. Nhiều thuật ngữ trong số này có thể khó hiểu, vì vậy chúng tôi sử dụng các cụm từ đơn giản hơn thay cho một số thuật ngữ pháp lý khi có thể. Chúng tôi sử dụng chữ viết tắt ít nhất có thể.

Ví dụ như chúng tôi sử dụng:

- "Gửi than phiền" thay vì "gửi phàn nàn"
- "Quyết định đài thọ" thay vì "thẩm định của tổ chức", "thẩm định quyền lợi", "thẩm định rủi ro" hoặc "thẩm định bảo hiểm"
- "Quyết định bảo hiểm nhanh" thay vì "thẩm định cấp tốc"
- "Tổ chức Đánh giá Độc lập" (IRO) thay vì "Thực thể Đánh giá Độc lập" (IRE)

Khi biết các thuật ngữ pháp lý chính xác, quý vị có thể trao đổi rõ ràng hơn, vì vậy chúng tôi cũng cung cấp các thuật ngữ đó.

# B. Các nguồn trợ giúp

## B1. Để biết thêm thông tin và nhận trợ giúp

Đôi khi, quý vị thấy khó mà bắt đầu hoặc làm theo quy trình xử lý vấn đề. Điều này có thể đặc biệt đúng nếu quý vị cảm thấy không khỏe hoặc sức lực có hạn. Những lúc khác, quý vị có thể thiếu thông tin cần thiết để tiến hành bước tiếp theo.

### Trợ giúp từ chương trình của chúng tôi

Quý vị có thể gọi cho chương trình của chúng tôi theo số 1-877-700-6996 (TTY 711) để được hỗ trợ giải quyết vấn đề hoặc trả lời các câu hỏi.

### Trợ giúp từ Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP)

Quý vị có thể gọi cho Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP). Tư vấn viên của SHINE có thể giải đáp thắc mắc và giúp quý vị hiểu được việc cần làm để giải quyết vấn đề.

SHINE không kết nối với chúng tôi hay bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào. SHINE có đội ngũ tư vấn viên đủ trình độ ở tất cả các quận và các dịch vụ hoàn toàn miễn phí. Số điện thoại của SHINE là 1-800-243-4636 và trang web của họ là www.mass.gov/health-insurance-counseling. TTY (cho người khiếm thính, lãng tai hay khiếm khuyết về âm ngữ): 1-800-439-2370 (chỉ ở Massachusetts).

### Trợ giúp và thông tin từ Medicare

Để biết thêm thông tin và nhận trợ giúp, quý vị có thể liên hệ với Medicare. Sau đây là hai cách để nhận trợ giúp từ Medicare:

- Gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Truy cập trang web của Medicare (www.medicare.gov).

### Trợ giúp và thông tin từ MassHealth (Medicaid)

Quý vị có thể gọi trực tiếp cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng MassHealth để được trợ giúp giải quyết vấn đề. Gọi 1-800-841-2900. TTY (cho người khiếm thính, lãng tai hoặc khiếm ngôn): 711.

### Trợ giúp từ My Ombudsman

My Ombudsman là chương trình độc lập trợ giúp khi quý vị có thắc mắc, lo ngại hoặc vấn đề liên quan đến Senior Care Options (SCO). Quý vị có thể liên hệ với My Ombudsman để nhận thông tin hoặc sự trợ giúp giải quyết sự cố hoặc vấn đề về chương trình SCO của quý vị. My Ombudsman cung cấp các dịch vụ miễn phí. Quý vị cũng có thể xem thông tin về My Ombudsman trong **Chương 2, Mục I**. Nhân viên My Ombudsman:

- Có thể giải đáp thắc mắc hoặc giới thiệu quý vị đến đúng nơi phù hợp với nhu cầu của quý vị.
- Có thể giúp quý vị giải quyết vấn đề hoặc quan ngại với SCO hoặc chương trình SCO của quý vị, NaviCare HMO SNP hoặc NaviCare NHC HMO SNP. Nhân viên My Ombudsman sẽ lắng nghe, điều tra sự cố và thảo luận các lựa chọn với quý vị để giúp giải quyết vấn đề.
- Trợ giúp về khiếu nại. Khiếu nại là cách chính thức để yêu cầu chương trình SCO, MassHealth (Medicaid) hoặc Medicare của quý vị xem xét một quyết định về các dịch vụ của quý vị. Nhân viên My Ombudsman có thể nói chuyện với quý vị về cách khiếu nại và những điều sẽ xảy ra trong quá trình khiếu nại.

Quý vị có thể gọi điện, gửi email, gửi thư hoặc ghé qua My Ombudsman tại văn phòng của họ.

- Gọi số 1-855-781-9898, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 9 giờ sáng đến 4 giờ chiều. Người khiếm thính, khó nghe hoặc bị khuyết tật về khả năng nói nên sử dụng MassRelay theo số 711 để gọi số 1-855-781-9898 hoặc sử dụng Điện Thoại Video (VP) theo số 339-224-6831.

- Email info@myombudsman.org
- Viết thư hoặc đến văn phòng My Ombudsman tại 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111.
    - Vui lòng tham khảo trang web của My Ombudsman hoặc liên hệ trực tiếp với họ để biết thông tin cập nhật về địa điểm, cuộc hẹn và giờ tiếp khách không cần hẹn trước.
- Truy cập My Ombudsman trực tuyến tại địa chỉ www.myombudsman.org

## C. Tìm hiểu các khiếu nại và kháng cáo của Medicare và MassHealth (Medicaid) trong chương trình của chúng tôi

Quý vị có Medicare và MassHealth (Medicaid). Thông tin trong chương này áp dụng cho **tất cả** các quyền lợi Medicare và MassHealth (Medicaid) của quý vị. Đôi khi, đây được gọi là "quy trình tích hợp" do kết hợp hay tích hợp các quy trình của Medicare và MassHealth (Medicaid).

Đôi khi không thể kết hợp các quy trình của Medicare và MassHealth (Medicaid). Trong các trường hợp đó, quý vị sử dụng một quy trình cho quyền lợi Medicare và một quy trình khác cho quyền lợi MassHealth (Medicaid). **Mục F4** giải thích các trường hợp này.

## D. Vấn đề về quyền lợi

Nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có lo ngại, hãy đọc các phần liên quan đến trường hợp của quý vị trong chương này. Bảng sau giúp quý vị tìm đúng mục trong chương này cho vấn đề hoặc than phiền.

<table>
<tr><td colspan="2">Vấn đề hoặc lo ngại có liên quan đến quyền lợi hoặc đài thọ không?<br><br>Trong đó bao gồm vấn đề về việc có đài thọ chăm sóc y tế cụ thể (vật tư, dịch vụ và/hoặc thuốc Phần B) hay không, cách đài thọ và vấn đề về việc thanh toán cho chăm sóc y tế.</td></tr>
<tr><td>Có.<br>Vấn đề của tôi liên quan đến quyền lợi hoặc bảo hiểm.<br><br>Tham khảo Mục E, "Quyết định đài thọ và khiếu nại".</td><td>Không.<br>Vấn đề của tôi không liên quan đến quyền lợi hoặc bảo hiểm.<br><br>Tham khảo Mục K, "Cách gửi đơn than phiền".</td></tr>
</table>

# E. Quyết định đài thọ và khiếu nại

Các quy trình quyết định về khoản đài thọ và khiếu nại giúp quý vị giải quyết các vấn đề liên quan đến quyền lợi và bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị (dịch vụ, vật tư và thuốc Phần B, bao gồm cả khoản thanh toán). Để đơn giản, chúng tôi thường gọi vật tư, dịch vụ y tế và thuốc Phần B là **chăm sóc y tế.** Quý vị sử dụng quy trình quyết định về bảo hiểm và khiếu nại để giải quyết các vấn đề liên quan đến việc một dịch vụ, vật tư hoặc thuốc có được đài thọ hay không và được đài thọ như thế nào.

## E1. Quyết định đài thọ

Quyết định đài thọ là quyết định chúng tôi đưa ra về việc đài thọ và quyền lợi của quý vị hoặc về khoản tiền chúng tôi chi trả cho dịch vụ y tế hoặc thuốc của quý vị. Ví dụ: nếu nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình giới thiệu quý vị đến bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới, giấy giới thiệu này được coi là một quyết định có lợi - trừ phi nhà cung cấp trong mạng lưới có thể chỉ ra rằng quý vị đã nhận được thông báo từ chối tiêu chuẩn cho bác sĩ chuyên khoa này hoặc dịch vụ được giới thiệu tuyệt đối không được đài thọ trong mọi điều kiện (tham khảo **Chương 4**, **Mục H** của *Sổ Tay Hội Viên* này*)*.

Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu quyết định đài thọ. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị có thể không chắc liệu chúng tôi có đài thọ một dịch vụ y tế cụ thể hay không hoặc liệu chúng tôi có thể từ chối cung cấp chăm sóc y tế mà quý vị cho là cần thiết hay không. **Nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có đài thọ một dịch vụ y tế hay không trước khi quý vị nhận dịch vụ đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định đài thọ cho quý vị.**

Chúng tôi đưa ra quyết định đài thọ bất cứ khi nào chúng tôi quyết định những gì được đài thọ cho quý vị và mức chi trả của chúng tôi. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định một dịch vụ hoặc loại thuốc không được đài thọ hoặc không còn được Medicare hoặc MassHealth (Medicaid) đài thọ cho quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm này, quý vị có thể gửi đơn kháng nghị.

## E2. Khiếu nại

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

Khi quý vị khiếu nại một quyết định lần đầu tiên, đây được gọi là Khiếu nại Cấp 1. Ở cấp khiếu nại này, chúng tôi xem xét quyết định đài thọ đã đưa ra để kiểm tra xem chúng tôi có làm đúng theo tất cả quy định hay không. Những người đánh giá khác không phải là những người đã đưa ra quyết định bất lợi ban đầu sẽ xử lý đơn khiếu nại của quý vị.

Sau khi hoàn thành đánh giá, chúng tôi sẽ gửi quyết định cho quý vị. Trong một số trường hợp nhất định được giải thích ở phần sau của chương này, **Mục F2 và F3**, quý vị có thể yêu cầu “quyết định nhanh về bảo hiểm” hoặc “khiếu nại nhanh” đối với quyết định bảo hiểm.

Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Nếu vấn đề liên quan đến việc đài thọ chăm sóc y tế Medicare, thư đó sẽ cho biết là chúng tôi đã chuyển trường hợp của quý vị lên Tổ chức Đánh giá Độc lập (IRO) để Khiếu nại Cấp 2. Nếu vấn đề liên quan đến việc đài thọ một dịch vụ hoặc vật dụng Medicare Phần D hoặc MassHealth (Medicaid), thư đó sẽ cho biết cách tự gửi đơn Khiếu Nại Cấp 2. Tham khảo **Mục F4** để biết thêm thông tin về Khiếu Nại Cấp 2.

Nếu không hài lòng với quyết định trong Khiếu nại Cấp 2, quý vị có thể tiếp tục nộp đơn khiếu nại lên các cấp cao hơn.

## E3. Trợ giúp về quyết định đài thọ và khiếu nại

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

- Gọi cho **Phòng Dịch Vụ Ghi Danh** theo số điện thoại ở cuối trang.
- Gọi cho Điều Hướng Viên của quý vị theo các số ở cuối trang.
- Gọi điện, gửi email, gửi thư hoặc truy cập **My Ombudsman**.
    - Gọi số 1-855-781-9898, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 9 giờ sáng đến 4 giờ chiều. Người khiếm thính, khó nghe hoặc bị khuyết tật về khả năng nói nên sử dụng MassRelay theo số 711 để gọi số 1-855-781-9898 hoặc sử dụng Điện Thoại Video (VP) theo số 339-224-6831.
    - Email info@myombudsman.org.
    - Truy cập My Ombudsman trực tuyến tại địa chỉ www.myombudsman.org.
    - Viết thư hoặc đến văn phòng My Ombudsman tại 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111.
        - Vui lòng tham khảo trang web của My Ombudsman hoặc liên hệ trực tiếp với họ để biết thông tin cập nhật về địa điểm, cuộc hẹn và giờ tiếp khách không cần hẹn trước.
- **Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP)** cung cấp trợ giúp miễn phí. Ở Massachusetts, SHIP có tên gọi là SHINE. SHINE là một tổ chức độc lập. Họ không có mối liên hệ với chương trình này. Số điện thoại của SHINE là 1-800-243-4636. TTY (cho người khiếm thính, lãng tai hay khiếm khuyết về âm ngữ): 1-800-439-2370 (chỉ ở Massachusetts).
- **Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị**. Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định đài thọ hoặc khiếu nại.
- **Bạn bè hoặc thành viên gia đình**. Quý vị có thể chỉ định một người khác hành động thay cho quý vị là "người đại diện" và yêu cầu quyết định đài thọ hoặc gửi đơn khiếu nại.

- **Luật sư**. Quý vị có quyền mời luật sư, nhưng **không bắt buộc phải có luật sư** để đưa ra yêu cầu quyết định đài thọ hoặc gửi đơn khiếu nại.
    - Gọi cho luật sư riêng của quý vị hoặc tìm tên một luật sư từ đoàn luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Một số nhóm pháp lý sẽ cung cấp dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện.

Điền mẫu đơn Chỉ định Người đại diện nếu quý vị muốn luật sư hoặc người khác làm người đại diện cho quý vị. Mẫu đơn này cho phép người đó hành động thay cho quý vị.

Gọi cho bộ phận Dịch vụ Ghi danh theo số điện thoại ở cuối trang và yêu cầu mẫu đơn "Chỉ định Người đại diện". Quý vị cũng có thể tải mẫu đơn bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại fallonhealth.org/navicare. **Quý vị phải gửi một bản sao mẫu đơn đã ký cho chúng tôi.**

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

Có bốn trường hợp liên quan đến quyết định đài thọ và khiếu nại. Mỗi trường hợp có quy định và thời hạn khác nhau. Chúng tôi cung cấp thông tin chi tiết cho từng trường hợp ở một mục riêng của chương này. Vui lòng tham khảo mục thích hợp:

- **Mục F**, "Chăm sóc y tế"
- **Mục G**, "Thuốc Medicare Phần D"
- **Mục H**, "Yêu cầu chúng tôi đài thọ thời gian nằm viện lâu hơn"
- **Mục I**, "Yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ một số dịch vụ y tế" (Mục này chỉ áp dụng cho những dịch vụ sau: 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)).

Nếu quý vị không biết chắc nên sử dụng mục nào, hãy gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số điện thoại ở cuối trang.

# F. Chăm sóc y tế

Mục này giải thích việc cần làm nếu quý vị gặp vấn đề khi yêu cầu đài thọ chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi bồi hoàn chi phí chăm sóc của quý vị.

Mục này trình bày quyền lợi chăm sóc y tế của quý vị được mô tả trong **Chương 4** của *Sổ Tay Hội Viên* này ở bảng quyền lợi. Trong một số trường hợp, các quy định khác nhau có thể được áp dụng cho thuốc Medicare Phần B. Khi đó, chúng tôi giải thích sự khác biệt giữa quy định áp dụng cho thuốc Medicare Phần B với quy định áp dụng cho dịch vụ và vật tư y tế.

## F1. Sử dụng mục này

Mục này giải thích việc quý vị có thể làm khi gặp năm trường hợp sau đây:

1. Quý vị cho rằng chúng tôi đài thọ dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cần nhưng lại không nhận được.

   **Việc có thể làm:** Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định đài thọ. Tham khảo **Mục F2**.

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

   **Việc có thể làm:** Quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Tham khảo **Mục F3**.

3. Quý vị đã nhận dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng chúng tôi đài thọ, nhưng chúng tôi lại không chi trả.

   **Việc có thể làm:** Quý vị có thể khiếu nại quyết định không chi trả của chúng tôi. Tham khảo **Mục F5**.

4. Quý vị đã nhận và chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng chúng tôi đài thọ và quý vị muốn chúng tôi bồi hoàn chi phí cho quý vị.

   **Việc có thể làm:** Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bồi hoàn chi phí cho quý vị. Tham khảo **Mục F5**.

5. Chúng tôi đã giảm hoặc ngừng đài thọ dịch vụ chăm sóc y tế nhất định và quý vị cho rằng quyết định đó có thể gây hại cho sức khỏe của quý vị.

   **Việc có thể làm:** Quý vị có thể khiếu nại quyết định giảm hoặc ngừng dịch vụ chăm sóc y tế của chúng tôi. Tham khảo **Mục F4**.

   - Nếu đài thọ dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc CORF, các quy định đặc biệt sẽ được áp dụng. Tham khảo **Mục H** hoặc **Mục I** để tìm hiểu thêm.

- Đối với mọi trường hợp khác liên quan đến việc giảm hoặc ngừng đài thọ dịch vụ chăm sóc y tế nhất định, hãy sử dụng mục này (**Phần F**) làm hướng dẫn.

## F2. Yêu cầu quyết định đài thọ

> Khi quyết định đài thọ có liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, đó được gọi là **thẩm định tích hợp của tổ chức.**

Quý vị, bác sĩ hoặc người đại diện của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định đài thọ bằng cách:

- Gọi: 1-877-700-6996, TTY: 711.
- Gửi fax: 1-508-368-9700 đối với quyết định bảo hiểm thông thường hoặc 1-508-368-9133 đối với quyết định bảo hiểm "nhanh".
- Gửi thư:
  Fallon Health
  NaviCare Enrollee Services
  1 Mercantile St., Suite 400
  Worcester, MA 01608

### Quyết định đài thọ tiêu chuẩn

Khi chúng tôi đưa ra quyết định cho quý vị, chúng tôi áp dụng thời hạn "tiêu chuẩn" trừ phi chúng tôi đồng ý áp dụng thời hạn "nhanh". Quyết định đài thọ tiêu chuẩn nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng**:**

- **Bảy ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **về một dịch vụ y tế hoặc vật tư thuộc các quy định về cho phép trước của chúng tôi.**
- **7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **về mọi dịch vụ hoặc vật tư y tế khác**.
- **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **về thuốc Medicare Phần B**.

**Đối với vật tư hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày theo lịch** nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị (chẳng hạn như hồ sơ y tế từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới). Nếu chúng tôi cần thêm thời gian để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. **Chúng tôi không thể kéo dài thêm thời gian nếu quý vị đưa ra yêu cầu về thuốc Medicare Phần B.**

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi **không nên** kéo dài thêm thời gian, quý vị có thể gửi "than phiền nhanh" về quyết định kéo dài thêm thời gian của chúng tôi. Khi quý vị gửi than phiền nhanh, chúng tôi sẽ trả lời quý vị về than phiền đó trong vòng 24 giờ. Quy trình than phiền khác với quy trình quyết định đài thọ và khiếu nại. Để biết thêm thông tin về việc gửi than phiền, bao gồm cả than phiền nhanh, tham khảo **Mục K**.

### Quyết định bảo hiểm nhanh

> Thuật ngữ pháp lý cho quyết định bảo hiểm nhanh là **thẩm định cấp tốc**.

Khi quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bảo hiểm dịch vụ chăm sóc y tế và tình hình sức khỏe của quý vị đòi hỏi phản hồi nhanh, vui lòng yêu cầu chúng tôi đưa ra "quyết định bảo hiểm nhanh". Quyết định bảo hiểm nhanh nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng:

- **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **về dịch vụ hoặc vật tư y tế**.
- **24 giờ** sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị **về thuốc Medicare Phần B**.

**Đối với vật tư hoặc dịch vụ y tế, chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày theo lịch** nếu chúng tôi nhận thấy thiếu thông tin có thể có lợi cho quý vị (chẳng hạn như hồ sơ y tế từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới) hoặc nếu quý vị cần thời gian để cung cấp thông tin cho chúng tôi xem xét. Nếu chúng tôi cần thêm thời gian để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. **Chúng tôi không thể kéo dài thêm thời gian nếu quý vị đư ra yêu cầu về thuốc Medicare Phần B.**

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi **không nên** kéo dài thêm thời gian để đưa ra quyết định bảo hiểm, quý vị có thể gửi "than phiền nhanh" về quyết định kéo dài thêm thời gian của chúng tôi. Để biết thêm thông tin về cách gửi than phiền, bao gồm cả than phiền nhanh, tham khảo **Mục K**. Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay khi chúng tôi đưa ra quyết định.

Để nhận được quyết định bảo hiểm nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:

- Quý vị yêu cầu đài thọ vật tư và/hoặc dịch vụ y tế mà quý vị **chưa nhận**. Quý vị không thể yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh để chi trả cho vật tư hoặc dịch vụ mà quý vị đã nhận.

- Việc áp dụng thời hạn tiêu chuẩn **có thể gây hại nghiêm trọng cho sức khỏe** hoặc làm tổn thương khả năng hoạt động của quý vị.

**Chúng tôi tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh nếu bác sĩ cho chúng tôi biết tình hình sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó.** Nếu quý vị đưa ra yêu cầu mà không có sự ủng hộ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có được nhận quyết định bảo hiểm nhanh hay không.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng tình hình sức khỏe của quý vị không đáp ứng quy định để nhận quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư thông báo cho quý vị và chúng tôi áp dụng thời hạn tiêu chuẩn. Thư đó sẽ cho biết:

  - Chúng tôi tự động đưa ra quyết định bảo hiểm nhanh nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu điều đó.

  - Cách gửi "than phiền nhanh" về việc chúng tôi quyết định đưa ra quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn thay vì quyết định bảo hiểm nhanh cho quý vị. Để biết thêm thông tin về việc gửi than phiền, bao gồm cả than phiền nhanh, tham khảo **Mục K**.

**Nếu chúng tôi Từ Chối một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị**, chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do.

- Nếu chúng tôi **Từ Chối**, quý vị có quyền khiếu nại. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã sai lầm, gửi đơn khiếu nại là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét lại và thay đổi quyết định đó.

- Nếu quyết định gửi đơn khiếu nại, quý vị sẽ tiến hành quy trình khiếu nại Cấp 1 (tham khảo **Mục F3**).

Trong một số ít trường hợp, chúng tôi có thể bác bỏ yêu cầu của quý vị về quyết định đài thọ, tức là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu đó. Ví dụ về trường hợp yêu cầu sẽ bị bác bỏ bao gồm:

- yêu cầu không đầy đủ,
- nếu một người đưa ra yêu cầu thay mặt quý vị nhưng không được ủy quyền hợp pháp để làm như vậy,
  **hoặc**
- quý vị yêu cầu hủy bỏ yêu cầu đã đưa ra.

Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu về quyết định đài thọ, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo giải thích lý do yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét lại quyết định bác bỏ. Quy trình xem xét lại này được gọi là khiếu nại. Mục tiếp theo sẽ trình bày nội dung về khiếu nại.

## F3. Khiếu nại Cấp 1

**Để bắt đầu khiếu nại** liên quan đến một dịch vụ hoặc vật tư bị từ chối, hoặc để tiếp tục một dịch vụ hoặc vật tư mà quý vị đang nhận, quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người đại diện của quý vị phải liên hệ với chúng tôi. Gọi cho chúng tôi theo số 1-877-700-6996 (TTY 711).

Ngoài ra, nếu quý vị cần trợ giúp trong quá trình kháng nghị, quý vị có thể gọi cho My Ombudsman theo số 1-855-781-9898 (hoặc sử dụng MassRelay theo số 711 để gọi 1-855-781-9898 hoặc Videophone (VP) 339-224-6831). My Ombudsman không liên kết với chúng tôi hay bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình y tế nào.

**Yêu cầu khiếu nại tiêu chuẩn hoặc khiếu nại nhanh** bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi theo số 1-877-700-6996 (TTY 711).

- Nếu bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác yêu cầu tiếp tục dịch vụ hoặc vật tư mà quý vị đang nhận trong quá trình khiếu nại, quý vị có thể cần chỉ định họ là người đại diện để hành động thay mặt quý vị.
- Nếu người không phải là bác sĩ khiếu nại thay cho quý vị, vui lòng gửi kèm mẫu đơn Chỉ định Người đại diện cho phép người này đại diện cho quý vị. Quý vị có thể lấy biểu mẫu bằng cách truy cập www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf hoặc trên trang web của chúng tôi tại fallonhealth.org/navicare.
- Chúng tôi có thể chấp nhận yêu cầu khiếu nại không có mẫu đơn, nhưng chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn tất việc xem xét cho đến khi nhận được mẫu đơn. Nếu chúng tôi không nhận được mẫu đơn trong thời hạn để đưa ra quyết định về đơn khiếu nại của quý vị:
  - Chúng tôi bác bỏ yêu cầu của quý vị, và
  - Chúng tôi gửi văn bản thông báo giải thích cho quý vị về quyền yêu cầu IRO xem xét lại quyết định bác bỏ đơn khiếu nại của chúng tôi.
- Quý vị phải yêu cầu khiếu nại trong vòng 65 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thư chúng tôi đã gửi để thông báo cho quý vị về quyết định.

- Nếu quý vị lỡ thời hạn và có lý do chính đáng, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để gửi khiếu nại. Ví dụ về lý do chính đáng: quý vị bị bệnh nghiêm trọng hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn. Hãy giải thích lý do quý vị khiếu nại trễ hạn khi quý vị gửi đơn khiếu nại.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp miễn phí bản sao thông tin về khiếu nại của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để củng cố cho khiếu nại của quý vị.

**Nếu tình hình sức khỏe đòi hỏi, hãy yêu cầu khiếu nại nhanh.**

> Thuật ngữ pháp lý cho "khiếu nại nhanh" là **"tái xét cấp tốc".**

- Nếu quý vị khiếu nại quyết định của chúng tôi về bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc, quý vị và/hoặc bác sĩ của quý vị quyết định xem quý vị có cần khiếu nại nhanh hay không.

**Chúng tôi tự động tiến hành quy trình khiếu nại nhanh nếu bác sĩ cho chúng tôi biết tình hình sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó.** Nếu quý vị đưa ra yêu cầu mà không có sự ủng hộ của bác sĩ, chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có được tiến hành khiếu nại nhanh hay không.

- Nếu chúng tôi quyết định rằng tình hình sức khỏe của quý vị không đáp ứng quy định để khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ gửi thư thông báo cho quý vị và chúng tôi áp dụng thời hạn tiêu chuẩn. Thư đó sẽ cho biết:
  - Chúng tôi tự động tiến hành quy trình khiếu nại nhanh nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu.
  - Cách gửi "than phiền nhanh" về việc chúng tôi quyết định tiến hành quy trình khiếu nại tiêu chuẩn thay vì khiếu nại nhanh cho quý vị. Để biết thêm thông tin về việc gửi than phiền, bao gồm cả than phiền nhanh, tham khảo **Mục K**.

**Nếu chúng tôi báo cho quý vị biết là chúng tôi sẽ ngừng hoặc giảm dịch vụ hoặc vật tư mà quý vị đang nhận, quý vị có thể tiếp tục nhận dịch vụ hoặc vật tư đó trong thời gian khiếu nại.**

- Nếu chúng tôi quyết định thay đổi hoặc ngừng đài thọ dịch vụ hoặc vật tư mà quý vị đang nhận, chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị trước khi hành động.
- Nếu không đồng ý với quyết định đó, quý vị có thể gửi Khiếu nại Cấp 1.
- Chúng tôi tiếp tục đài thọ dịch vụ hoặc vật tư nếu quý vị yêu cầu Khiếu Nại Cấp 1 trong vòng mười ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thư hoặc trước ngày hành động dự kiến có hiệu lực, tùy theo thời điểm nào đến sau.
  - Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này, quý vị sẽ nhận được dịch vụ hoặc vật tư như cũ trong thời gian khiếu nại Cấp 1 của quý vị đang chờ xử lý.

- Quý vị cũng sẽ nhận được tất cả các dịch vụ hoặc vật tư khác (không bị khiếu nại) như cũ.

- Nếu quý vị không khiếu nại trong thời hạn, dịch vụ hoặc vật tư sẽ không được tiếp tục trong thời gian quý vị chờ quyết định về khiếu nại.

**Chúng tôi xem xét khiếu nại và trả lời quý vị.**

- Khi xem xét khiếu nại, chúng tôi xem xét cẩn thận một lần nữa tất cả thông tin trong yêu cầu của quý vị về việc đài thọ dịch vụ chăm sóc y tế.

- Chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ tất cả quy định khi **từ chối** yêu cầu của quý vị hay không.

- Chúng tôi thu thập thêm thông tin nếu cần. Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ của quý vị để lấy thêm thông tin.

**Khiếu nại nhanh có thời hạn.**

- Khi chúng tôi áp dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị trong **vòng 72 giờ sau khi nhận được khiếu nại của quý vị**. Chúng tôi sẽ trả lời sớm hơn nếu tình hình sức khỏe của quý vị đòi hỏi điều đó. Nếu chúng tôi từ chối khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ thông báo bằng lời cho quý vị, bác sĩ, người kê toa hoặc người đại diện của quý vị về việc từ chối.

- 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 kéo dài thêm tối đa 14 ngày theo lịch** trong trường hợp yêu cầu về vật tư hoặc dịch vụ y tế**.**

  - Nếu chúng tôi cần thêm thời gian để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.

  - Nếu quý vị đưa ra yêu cầu về thuốc Medicare Phần B, chúng tôi không thể kéo dài thêm thời gian để đưa ra quyết định.

  - Nếu chúng tôi không trả lời trong vòng 72 giờ hoặc vào cuối thời hạn bổ sung, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị sang quy trình khiếu nại Cấp 2. Sau đó, một IRO sẽ xem xét. IRO sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị khi nhận được khiếu nại của quý vị. Ở phần sau của chương này, **Mục F4**, chúng tôi cung cấp thông tin về tổ chức này và giải thích quy trình khiếu nại Cấp 2. Nếu vấn đề liên quan đến việc đài thọ dịch vụ hoặc vật tư MassHealth (Medicaid), quý vị có thể tự nộp đơn yêu cầu Điều Trần Công Bằng – Cấp 2 lên tiểu bang ngay khi hết thời hạn.

- **Nếu chúng tôi Chấp Thuận một phần hoặc toàn bộ yêu cầu**, chúng tôi phải cho phép hoặc đài thọ như đã đồng ý đài thọ trong vòng 72 giờ sau khi nhận được khiếu nại của quý vị.

- **Nếu chúng tôi Từ Chối một phần hoặc toàn bộ yêu cầu,** chúng tôi sẽ chuyển khiếu nại của quý vị lên IRO để tiến hành Khiếu Nại Cấp 2.

**Khiếu nại tiêu chuẩn có thời hạn.**

- Khi chúng tôi áp dụng thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời quý vị trong **vòng 30 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại về việc đài thọ các dịch vụ mà quý vị chưa nhận.
- Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một loại thuốc Medicare Phần B mà quý vị chưa nhận được, chúng tôi sẽ đưa ra câu trả lời **trong vòng bảy ngày theo lịch** sau khi nhận được khiếu nại của quý vị hoặc sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu.
- 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 kéo dài thêm tối đa 14 ngày theo lịch** trong trường hợp yêu cầu về vật tư hoặc dịch vụ y tế**.**
    - Nếu chúng tôi cần thêm thời gian để đưa ra quyết định, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
    - Nếu quý vị đưa ra yêu cầu về thuốc Medicare Phần B, chúng tôi không thể kéo dài thêm thời gian để đưa ra quyết định.
    - Nếu quý vị cho rằng chúng tôi **không nên** kéo dài thêm thời gian, quý vị có thể gửi than phiền nhanh về quyết định đó. Khi quý vị gửi than phiền nhanh, chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 24 giờ. Để biết thêm thông tin về việc gửi than phiền, bao gồm cả than phiền nhanh, tham khảo **Mục K.**
    - Nếu chúng tôi không trả lời trong thời hạn hoặc vào cuối thời hạn bổ sung, chúng tôi phải chuyển yêu cầu của quý vị sang quy trình khiếu nại Cấp 2. Sau đó, một IRO sẽ xem xét. IRO sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị khi nhận được khiếu nại của quý vị. Ở phần sau của chương này, **Mục F4**, chúng tôi cung cấp thông tin về tổ chức này và giải thích quy trình khiếu nại Cấp 2. Nếu vấn đề liên quan đến việc đài thọ dịch vụ hoặc vật tư MassHealth (Medicaid), quý vị có thể tự nộp đơn yêu cầu Điều Trần Công Bằng – Cấp 2 lên tiểu bang ngay khi hết thời hạn.

**Nếu chúng tôi Chấp Thuận một phần hoặc toàn bộ yêu cầu**, chúng tôi phải cho phép hoặc đài thọ như đã đồng ý đài thọ trong vòng 30 ngày theo lịch hoặc **trong vòng bảy ngày theo lịch** nếu yêu cầu liên quan đến thuốc Medicare Phần B, sau khi nhận được khiếu nại của quý vị.

Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu, **quý vị có quyền khiếu nại bổ sung:**

- Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị.
- Nếu vấn đề liên quan đến việc đài thọ một dịch vụ hoặc vật tư Medicare, thư đó sẽ cho biết chúng tôi đã chuyển trường hợp của quý vị sang IRO để tiến hành Khiếu nại Cấp 2. IRO sẽ thông báo bằng văn bản cho quý vị khi nhận được khiếu nại của quý vị.

- Nếu vấn đề liên quan đến việc đài thọ một dịch vụ hoặc vật tư MassHealth (Medicaid), thư đó sẽ cho biết cách tự gửi Khiếu Nại Cấp 2.

## F4. Khiếu nại Cấp 2

Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu trong Khiếu Nại Cấp 1, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị. Thư này sẽ cho biết liệu Medicare, MassHealth (Medicaid) hoặc cả hai chương trình có thường đài thọ dịch vụ hoặc vật dụng đó không.

- Nếu vấn đề liên quan đến dịch vụ hoặc vật tư mà Medicare thường đài thọ, chúng tôi sẽ tự động chuyển trường hợp của quý vị sang quy trình khiếu nại Cấp 2 ngay sau khi Khiếu Nại Cấp 1 hoàn tất.

- Nếu vấn đề liên quan đến dịch vụ hoặc vật tư mà MassHealth (Medicaid) thường đài thọ, quý vị có thể tự gửi Khiếu Nại Cấp 2. Thư đó sẽ cho biết cách thực hiện. Chúng tôi cũng cung cấp thêm thông tin ở phần sau của chương này, **Mục F4**.

- Nếu vấn đề liên quan đến dịch vụ hoặc vật tư mà **cả Medicare và MassHealth (Medicaid)** có thể đài thọ, quý vị sẽ tự động có Khiếu Nại Cấp 2 lên IRO. Quý vị cũng có thể yêu cầu phiên Điều trần Công bằng với tiểu bang.

Nếu quý vị đủ điều kiện để tiếp tục nhận quyền lợi khi gửi Khiếu nại Cấp 1, quyền lợi của quý vị về dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đang khiếu nại cũng có thể tiếp tục trong Cấp 2. Tham khảo **Mục F3** để biết thông tin về việc tiếp tục quyền lợi của quý vị trong thời gian Khiếu nại Cấp 1.

- Nếu vấn đề liên quan đến dịch vụ thường chỉ được Medicare đài thọ, quyền lợi của quý vị về dịch vụ đó sẽ không tiếp tục trong quá trình khiếu nại Cấp 2 lên IRO.

- Nếu vấn đề liên quan đến dịch vụ thường chỉ được MassHealth (Medicaid) đài thọ, quyền lợi của quý vị về dịch vụ đó sẽ tiếp tục nếu quý vị gửi Khiếu Nại Cấp 2 trong vòng 10 ngày theo lịch sau khi nhận được thư quyết định của chúng tôi.

### Khi vấn đề liên quan đến dịch vụ hoặc vật tư mà Medicare thường đài thọ

IRO sẽ xem xét khiếu nại của quý vị. Đây là một tổ chức độc lập do Medicare thuê.

> Tên chính thức của Tổ chức Đánh giá Độc lập (IRO) là **Thực thể Đánh giá Độc lập**, đôi khi được gọi là **IRE.**

- Tổ chức này không có mối liên hệ với chúng tôi và không phải là một cơ quan của chính phủ. Medicare đã chọn công ty đó làm IRO và Medicare giám sát công việc của họ.

- Chúng tôi gửi thông tin về khiếu nại của quý vị ("hồ sơ trường hợp" của quý vị) cho tổ chức này. Quý vị có quyền nhận miễn phí bản sao hồ sơ trường hợp của mình.

- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho IRO để củng cố khiếu nại của mình.
- Người đánh giá tại IRO sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin có liên quan đến khiếu nại của quý vị.

**Nếu quý vị có khiếu nại nhanh ở Cấp 1, quý vị cũng có khiếu nại nhanh ở Cấp 2.**

- Nếu quý vị có khiếu nại nhanh với chúng tôi ở Cấp 1, quý vị sẽ tự động có khiếu nại nhanh ở Cấp 2. IRO phải trả lời Khiếu nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được khiếu nại.
- Nếu yêu cầu liên quan đến vật tư hoặc dịch vụ y tế và IRO cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **có thể cần thêm tối đa 14 ngày theo lịch**. IRO không thể kéo dài thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị đưa ra yêu cầu về thuốc Medicare Phần B.

**Nếu quý vị có khiếu nại tiêu chuẩn ở Cấp 1, quý vị cũng có khiếu nại tiêu chuẩn ở Cấp 2.**

- Nếu quý vị có khiếu nại tiêu chuẩn với chúng tôi ở Cấp 1, quý vị sẽ tự động có khiếu nại tiêu chuẩn ở Cấp 2.
- Nếu yêu cầu liên quan đến vật tư hoặc dịch vụ y tế, IRO phải trả lời Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày theo lịch** kể từ ngày nhận được khiếu nại.
- Nếu yêu cầu liên quan đến thuốc Medicare Phần B, IRO phải trả lời Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** kể từ ngày nhận được khiếu nại.
- Nếu yêu cầu liên quan đến vật tư hoặc dịch vụ y tế và IRO cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **có thể cần thêm tối đa 14 ngày theo lịch**. IRO không thể kéo dài thêm thời gian để đưa ra quyết định nếu quý vị đưa ra yêu cầu về thuốc Medicare Phần B.

IRO trả lời quý vị bằng văn bản và giải thích lý do.

- **Nếu IRO Chấp Thuận một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về vật tư hoặc dịch vụ y tế,** chúng tôi phải:
  - Cho phép đài thọ dịch vụ chăm sóc y tế **trong vòng 72 giờ, hoặc**
  - Cung cấp dịch vụ trong vòng **14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **yêu cầu tiêu chuẩn, hoặc**
  - Cung cấp dịch vụ **trong vòng 72 giờ** kể từ ngày chúng tôi nhận được quyết định của IRO đối với **yêu cầu cấp tốc.**

- **Nếu IRO Chấp Thuận một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về thuốc Medicare Phần B, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp thuốc Medicare Phần B đó:**
    - **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định của IRO đối với **yêu cầu tiêu chuẩn, hoặc**
    - **trong vòng 24 giờ** kể từ ngày nhận được quyết định của IRO đối với **yêu cầu cấp tốc.**
- **Nếu IRO Từ Chối một phần hoặc toàn bộ khiếu nại,** điều đó có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) của quý vị về việc đài thọ dịch vụ chăm sóc y tế. Đây được gọi là "giữ nguyên quyết định" hoặc "bác bỏ khiếu nại của quý vị".
    - Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng quy định, quý vị lựa chọn xem có muốn khiếu nại lên các cấp tiếp theo hay không.
    - Có ba cấp nữa trong quy trình khiếu nại sau Cấp 2, tạo thành tổng cộng năm cấp.
    - Nếu Khiếu nại Cấp 2 bị bác bỏ và quý vị đáp ứng quy định để tiếp tục quy trình khiếu nại, quý vị phải quyết định có chuyển lên Cấp 3 và khiếu nại lần thứ ba hay không. Thông tin chi tiết về cách thực hiện có trong văn bản thông báo mà quý vị sẽ nhận sau Khiếu nại Cấp 2.
    - Thẩm phán Luật Hành chính (ALJ) hoặc luật sư phân xử sẽ thụ lý Khiếu nại Cấp 3. Tham khảo **Mục J** để biết thêm thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

**Khi vấn đề liên quan đến dịch vụ hoặc vật tư mà MassHealth (Medicaid) thường đài thọ hoặc được cả Medicare và MassHealth (Medicaid) đài thọ**

Khiếu nại Cấp 2 về các dịch vụ MassHealth (Medicaid) thường đài thọ là một phiên Điều Trần Công Bằng với tiểu bang. Trong MassHealth (Medicaid), Phiên Điều Trần Công Bằng được gọi là Khiếu Nại Hành Chính, được tiến hành bởi Hội Đồng Điều Trần (BOH). Quý vị phải yêu cầu phiên Điều Trần Công Bằng bằng văn bản hoặc qua điện thoại **trong vòng 120 ngày theo lịch** kể từ ngày chúng tôi gửi thư quyết định về Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Thư quý vị nhận được từ chúng tôi sẽ cho biết nơi gửi yêu cầu phiên Điều trần Công bằng.

Nếu quý vị nhận được thư từ chối trong Khiếu Nại Cấp 1 liên quan đến dịch vụ hoặc vật tư thường được MassHealth Standard đài thọ, quý vị có thể tự gửi khiếu nại Cấp 2.

**Cách khiếu nại:** Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại theo bất kỳ cách nào sau đây.

- Điền vào mẫu yêu cầu điều trần và gửi cùng với bản sao thông báo quý vị đang khiếu nại đến địa chỉ sau:

  Hội Đồng Điều Trần
  Office of Medicaid
  100 Hancock Street, 6th floor

Quincy, MA 02171

- Gửi fax hoặc fax tài liệu cho Hội Đồng Điều Trần theo số 1-617-887-8797
- Gọi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng MassHealth theo số 1-800-841-2900, TDD/TTY: 711 để điền vào mẫu đơn yêu cầu điều trần công bằng của quý vị qua điện thoại
- Gửi email các tài liệu cho Hội Đồng Điều Trần tại boh-fairhearingsrequest@mass.gov

Văn phòng Điều Trần Công Bằng sẽ gửi văn bản quyết định cho quý vị và giải thích lý do.

- Nếu văn phòng Điều Trần Công Bằng **Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về vật tư hoặc dịch vụ y tế**,** chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ hoặc vật tư đó **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định của họ.
- Nếu văn phòng Điều Trần Công Bằng **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ khiếu nại, điều đó có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận yêu cầu (hoặc một phần yêu cầu) của quý vị về việc đài thọ dịch vụ chăm sóc y tế. Đây được gọi là "giữ nguyên quyết định" hoặc "bác bỏ khiếu nại của quý vị".

Nếu quyết định của IRO hoặc văn phòng Điều Trần Công Bằng là **bác bỏ** toàn bộ hoặc một phần yêu cầu, quý vị có quyền khiếu nại bổ sung.

Nếu Khiếu Nại Cấp 2 được chuyển lên **IRO,** quý vị chỉ có thể khiếu nại lần nữa nếu giá trị tiền của dịch vụ hoặc vật tư quý vị muốn đáp ứng mức tiền tối thiểu nhất định. ALJ hoặc luật sư phán xử sẽ thụ lý Khiếu nại Cấp 3. **Thư quý vị nhận được từ IRO giải thích các quyền khiếu nại bổ sung mà quý vị có thể có.**

Thư quý vị nhận được từ văn phòng Điều trần Công bằng mô tả lựa chọn khiếu nại tiếp theo.

Vui lòng tham khảo **Mục J** để biết thêm thông tin về các quyền khiếu nại của quý vị sau Cấp 2.

## F5. Vấn đề thanh toán

Chúng tôi không cho phép nhà cung cấp trong mạng lưới gửi hóa đơn dịch vụ và vật tư được đài thọ cho quý vị. Quy định này áp dụng ngay cả khi chúng tôi chi trả cho nhà cung cấp ít hơn mức phí của nhà cung cấp đối với dịch vụ hoặc vật tư được đài thọ. Quý vị tuyệt đối không phải thanh toán số dư của bất kỳ hóa đơn nào.

Nếu quý vị nhận được hóa đơn dịch vụ và vật tư được đài thọ, hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. Quý vị vui lòng không tự thanh toán hóa đơn. Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề. Nếu quý vị thanh toán hóa đơn, quý vị có thể nhận bồi hoàn từ chương trình nếu tuân thủ quy định về việc nhận dịch vụ hoặc vật tư.

Để biết thêm thông tin, tham khảo **Chương 7** của *Sổ Tay Hội Viên* này. Trong đó mô tả các trường hợp quý vị có thể cần yêu cầu chúng tôi bồi hoàn chi phí hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị nhận được từ nhà cung cấp. Chương này cũng cho biết cách gửi giấy tờ yêu cầu chúng tôi thanh toán cho quý vị.

Nếu yêu cầu bồi hoàn chi phí, quý vị đang yêu cầu một quyết định đài thọ. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem dịch vụ hoặc vật tư quý vị đã thanh toán có được đài thọ hay không và quý vị có tuân thủ tất cả quy định để được đài thọ hay không.

- Nếu dịch vụ hoặc vật tư quý vị đã thanh toán được đài thọ và quý vị đã tuân thủ tất cả quy định, chúng tôi sẽ thường chuyển khoản thanh toán dịch vụ hoặc vật tư cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch, nhưng không muộn hơn 60 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu.

- Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ hoặc vật tư đó, chúng tôi sẽ chuyển khoản thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp. Việc chúng tôi chuyển khoản thanh toán có nghĩa là chúng tôi **Chấp Thuận** yêu cầu của quý vị về quyết định đài thọ.

- Nếu dịch vụ hoặc vật tư đó không được đài thọ hoặc quý vị đã không tuân thủ tất cả quy định, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị để báo là chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ hoặc vật tư đó và giải thích lý do.

Nếu không đồng ý với quyết định không thanh toán của chúng tôi, **quý vị có thể khiếu nại**. Hãy làm theo quy trình khiếu nại được trình bày trong **Mục F3**. Khi quý vị làm theo các hướng dẫn này, vui lòng lưu ý:

- Nếu quý vị khiếu nại để yêu cầu chúng tôi bồi hoàn chi phí, chúng tôi phải trả lời trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được khiếu nại.

Nếu câu trả lời của chúng tôi cho khiếu nại của quý vị là **từ chối** và **Medicare** thường đài thọ dịch vụ hoặc vật tư đó, chúng tôi sẽ chuyển trường hợp của quý vị sang IRO. Chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị nếu xảy ra trường hợp này.

- Nếu IRO hủy bỏ quyết định của chúng tôi và yêu cầu chúng tôi thanh toán cho quý vị, chúng tôi phải chuyển khoản thanh toán cho quý vị hoặc nhà cung cấp trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu câu trả lời cho khiếu nại của quý vị là **chấp thuận** tại bất cứ giai đoạn nào của quy trình khiếu nại sau Cấp 2, chúng tôi phải chuyển khoản thanh toán cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 60 ngày theo lịch.

- Nếu IRO **Từ Chối** khiếu nại của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý rằng chúng tôi không nên chấp thuận yêu cầu của quý vị. Đây được gọi là "giữ nguyên quyết định" hoặc "bác bỏ khiếu nại của quý vị". Quý vị sẽ nhận được thư giải thích các quyền khiếu nại bổ sung có thể có của mình. Tham khảo **Mục J** để biết thêm thông tin về các cấp khiếu nại bổ sung.

Nếu câu trả lời của chúng tôi cho khiếu nại của quý vị là **Từ Chối** và MassHealth (Medicaid) thường đài thọ dịch vụ hoặc vật tư đó, quý vị có thể tự gửi Khiếu Nại Cấp 2. Tham khảo **Mục F4** để biết thêm thông tin.

## G. Thuốc Medicare Phần D

Quyền lợi của quý vị khi là hội viên chương trình của chúng tôi bao gồm đài thọ cho nhiều loại thuốc. Hầu hết trong số này là thuốc Medicare Phần D. Có một vài loại thuốc Medicare Phần D không đài thọ mà MassHealth (Medicaid) có thể đài thọ. **Mục này chỉ áp dụng cho khiếu nại về thuốc Medicare Phần D.** Chúng tôi sẽ gọi là "thuốc" trong phần còn lại của mục này thay vì luôn gọi là "thuốc Medicare Phần D". Đối với các thuốc chỉ được MassHealth (Medicaid) đài thọ, hãy làm theo quy trình tại **Mục E**.

Để được đài thọ, quý vị phải sử dụng thuốc cho chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Tức là thuốc được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) chấp thuận hoặc được một số tài liệu tham khảo y khoa chứng thực. Tham khảo **Chương 5** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết thêm thông tin về chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.

### G1. Quyết định đài thọ và khiếu nại về Medicare Phần D

Dưới đây là các ví dụ về quyết định đài thọ mà quý vị yêu cầu chúng tôi đưa ra đối với các thuốc Medicare Phần D:

- Quý vị yêu cầu chúng tôi áp dụng trường hợp ngoại lệ, bao gồm yêu cầu chúng tôi:
  - đài thọ thuốc Medicare Phần D không có trong *Danh Sách Thuốc* của chương trình hoặc
  - bỏ qua hạn chế về việc chúng tôi đài thọ một loại thuốc (chẳng hạn như giới hạn về số lượng quý vị có thể nhận)
- Quý vị hỏi chúng tôi xem một loại thuốc có được đài thọ cho quý vị không (chẳng hạn như khi thuốc của quý vị nằm trong chương trình của chúng tôi *Danh Sách Thuốc* nhưng chúng tôi phải phê duyệt cho quý vị trước khi đài thọ)

**LƯU Ý:** Nếu nhà thuốc cho biết quý vị không thể lấy thuốc theo toa như được kê, nhà thuốc sẽ gửi cho quý vị văn bản thông báo giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu quyết định đài thọ.

> Quyết định đài thọ ban đầu về thuốc Medicare Phần D của quý vị được gọi là **"thẩm định đài thọ".**

- Quý vị yêu cầu chúng tôi thanh toán cho một loại thuốc quý vị đã mua. Đây là yêu cầu quyết định đài thọ về việc thanh toán.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định đài thọ chúng tôi đã đưa ra, quý vị có thể khiếu nại quyết định đó. Mục này cho biết cả cách yêu cầu quyết định đài thọ và cách khiếu nại. Sử dụng bảng dưới đây để giúp quý vị.

| **Quý vị đang ở trong trường hợp nào?** | | | |
|---|---|---|---|
| Quý vị cần thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* hoặc cần chúng tôi bỏ qua quy định hoặc hạn chế đối với thuốc mà chúng tôi đài thọ. | Quý vị muốn chúng tôi đài thọ thuốc trong *Danh Sách Thuốc* và quý vị cho rằng mình đáp ứng quy định hoặc hạn chế của chương trình (ví dụ: nhận được sự chấp thuận trước) cho thuốc mà quý vị cần. | Quý vị muốn yêu cầu chúng tôi bồi hoàn chi phí cho thuốc mà quý vị đã nhận và thanh toán. | Chúng tôi đã báo với quý vị là chúng tôi sẽ không đài thọ hoặc thanh toán cho thuốc theo cách quý vị muốn. |
| **Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi áp dụng trường hợp ngoại lệ.** (Đây là một loại quyết định đài thọ). | **Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định đài thọ.** | **Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bồi hoàn chi phí.** (Đây là một loại quyết định đài thọ). | **Quý vị có thể khiếu nại.** (Tức là quý vị yêu cầu chúng tôi tái xét). |
| Bắt đầu từ **Mục G2**, sau đó tham khảo **Mục G3 và G4**. | Tham khảo **Mục G4**. | Tham khảo **Mục G4**. | Tham khảo **Mục G5**. |

## G2. Trường hợp ngoại lệ về Medicare Phần D

Nếu chúng tôi không đài thọ thuốc theo ý muốn của quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi áp dụng "trường hợp ngoại lệ". Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu trường hợp ngoại lệ, quý vị có thể khiếu nại quyết định đó.

Khi quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ, bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác cần giải thích lý do y tế khiến quý vị cần trường hợp ngoại lệ.

Yêu cầu đài thọ thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc* hoặc để loại bỏ hạn chế về thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu **"trường hợp ngoại lệ về danh mục thuốc".**

Sau đây là một số ví dụ về trường hợp ngoại lệ mà quý vị, bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi áp dụng:

1. **Đài thọ thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc***

   - Chúng tôi có thể đồng ý áp dụng trường hợp ngoại lệ và đài thọ thuốc không có trong *Danh Sách Thuốc.*

2. **Loại bỏ hạn chế đối với thuốc được đài thọ**

   - Các quy định hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho một số thuốc nhất định trong *Danh Sách Thuốc* của chúng tôi (tham khảo **Chương 5** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết thêm thông tin).

   - Quy định và hạn chế bổ sung đối với một số thuốc bao gồm:

     - Bắt buộc phải sử dụng phiên bản thuốc gốc thay vì thuốc biệt dược.

     - Nhận được sự cho phép trước từ chúng tôi trước khi chúng tôi đồng ý đài thọ thuốc đó cho quý vị. Đôi khi, điều này được gọi là "cho phép trước (PA)".

     - Bắt buộc phải thử một thuốc khác trước khi chúng tôi đồng ý đài thọ thuốc mà quý vị yêu cầu. Đôi khi, đây được gọi là "điều trị theo từng bước".

     - Giới hạn số lượng. Chương trình áp dụng hạn chế về số lượng của một số thuốc mà quý vị có thể nhận.

## G3. Thông tin quan trọng cần biết về việc yêu cầu trường hợp ngoại lệ

**Bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác của quý vị phải cho chúng tôi biết lý do y tế.**

Bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa phải cung cấp cho chúng tôi báo cáo giải thích lý do y tế để yêu cầu trường hợp ngoại lệ. Để có quyết định nhanh hơn, vui lòng gửi kèm thông tin y tế này từ bác sĩ hoặc bác sĩ kê toa khác khi quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ.

*Danh Sách Thuốc* của chúng tôi thường bao gồm nhiều loại thuốc để điều trị một tình trạng cụ thể. Đây được gọi là các thuốc "thay thế". Nếu một loại thuốc thay thế có hiệu quả tương đương với loại thuốc quý vị yêu cầu và không gây thêm tác dụng phụ hoặc các vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường **không** chấp thuận yêu cầu trường hợp 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 trường hợp ngoại lệ của quý vị, trường hợp ngoại lệ này thường kéo dài tới hết năm dương lịch. Điều này đúng với điều kiện là bác sĩ của quý vị tiếp tục kê toa loại thuốc đó cho quý vị và loại thuốc đó tiếp tục an toàn và hiệu quả trong việc điều trị tình trạng của quý vị.

- Nếu chúng tôi **Từ Chối** yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị, quý vị có thể khiếu nại. Tham khảo **Mục G5** để biết thông tin về việc gửi đơn khiếu nại nếu chúng tôi **Từ Chối**.

Mục kế tiếp cho quý vị biết cách yêu cầu chúng tôi cho quý vị một quyết định bảo hiểm, kể cả yêu cầu trường hợp ngoại lệ.

## G4. Yêu cầu quyết định bảo hiểm, gồm cả trường hợp ngoại lệ

- Yêu cầu loại quyết định bảo hiểm mà quý vị muốn bằng cách gọi cho OptumRx theo số 1-844-657-0494, viết thư cho OptumRx hoặc fax cho chúng tôi theo số 1-844-403-1028. Quý vị, người đại diện của quý vị, hoặc bác sĩ (hoặc người kê toa khác) của quý vị có thể làm điều này. Vui lòng bao gồm tên, thông tin liên hệ và thông tin về yêu cầu bảo hiểm.

- Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác) hoặc người nào khác thay mặt cho quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm. Quý vị cũng có thể nhờ luật sư đại diện và làm việc thay cho quý vị.

- Tham khảo **Mục E3** để tìm hiểu cách chỉ định ai đó làm người đại diện của quý vị.

- Quý vị không cần phải cung cấp sự cho phép bằng văn bản cho bác sĩ hoặc người kê toa khác của mình để yêu cầu quyết định bảo hiểm thay cho quý vị.
- Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền thuốc cho quý vị, tham khảo **Chương 7** của *Sổ Tay Hội Viên.*

- Nếu quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ, vui lòng cung cấp cho chúng tôi "tuyên bố ủng hộ". Tuyên bố ủng hộ bao gồm các lý do y tế của bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị cho yêu cầu trường hợp ngoại lệ.

- Bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị có thể gửi fax hoặc gửi qua đường bưu điện cho chúng tôi tuyên bố ủng hộ. Họ cũng có thể cho chúng tôi biết qua điện thoại và sau đó fax hoặc gửi qua đường bưu điện bản tuyên bố cho chúng tôi.

- Quý vị có tùy chọn điền và gửi Mẫu Yêu Cầu Thẩm Định Bảo Hiểm trực tuyến bằng cách truy cập fallonhealth.org/navicare, nhấp vào "Plan documents and forms," (Tài liệu và mẫu đơn trong chương trình), tìm phần "Request for Medicare prescription drug coverage determination form" (Yêu cầu mẫu đơn thẩm định yêu cầu bảo hiểm thuốc theo toa Medicare) và chọn "our online version of this form." (phiên bản trực tuyến của chúng tôi của mẫu đơn này). Hoàn thành tất cả các trường bắt buộc và sau đó nhấp vào "Submit" (Gửi).

**Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi, quý vị hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra "quyết định bảo hiểm nhanh".**

Chúng tôi sẽ sử dụng "thời hạn tiêu chuẩn" nếu chúng tôi không đồng ý sử dụng "thời hạn nhanh".

- **Quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn** có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị biết trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố của bác sĩ quý vị.

- **Quyết định bảo hiểm nhanh** có nghĩa là chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị biết trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố của bác sĩ quý vị.

> "Quyết định bảo hiểm gấp" được gọi là **"quyết định bảo hiểm cấp tốc."**

Quý vị có thể nhận được quyết định bảo hiểm nhanh nếu:

- Quyết định đó dành cho một loại thuốc mà quý vị không nhận được. Quý vị không thể nhận quyết định bảo hiểm nhanh nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho một loại thuốc quý vị đã mua.

- Sức khỏe hoặc khả năng hoạt động của quý vị sẽ bị tổn hại nghiêm trọng nếu chúng tôi sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn.

Nếu bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị cho chúng tôi biết rằng sức khỏe của quý vị đang cần quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi đồng ý và cấp cho quý vị. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho quý vị biết.

- Nếu quý vị yêu cầu quyết định bảo hiểm nhanh mà không có sự ủng hộ từ bác sĩ hoặc người kê toa khác, chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có nhận được quyết định bảo hiểm nhanh hay không.
- Nếu chúng tôi xét thấy bệnh trạng của quý vị không đáp ứng yêu cầu về quyết định bảo hiểm nhanh, chúng tôi sẽ dùng thời hạn tiêu chuẩn thay vào đó.

- Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho quý vị biết. Thư cũng cho quý vị biết cách than phiền về quyết định của chúng tôi.
- Quý vị có thể nộp đơn than phiền nhanh và nhận được phản hồi trong vòng 24 giờ. Để biết thêm thông tin về nộp đơn than phiền, bao gồm cả than phiền nhanh, tham khảo **Mục K**.

**Thời hạn ra quyết định bảo hiểm nhanh**

- Nếu chúng tôi sử dụng thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 24 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố ủng hộ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết quyết định của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi.

- Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình khiếu nại để IRO xem xét. Tham khảo **Mục G6** để biết thêm thông tin về Khiếu Nại Cấp 2.

- Nếu chúng tôi **Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị bảo hiểm trong vòng 24 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố ủng hộ của bác sĩ.

- Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị kèm theo các lý do. Thư cũng cho quý vị biết cách khiếu nại.

**Thời hạn ra quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về một loại thuốc mà quý vị không nhận được**

- Nếu chúng tôi sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ trả lời quý vị trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được tuyên bố ủng hộ từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết quyết định của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi.

- Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình khiếu nại để IRO xem xét.

- Nếu chúng tôi **Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị bảo hiểm trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc tuyên bố ủng hộ của bác sĩ để cấp trường hợp ngoại lệ.

- Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị kèm theo các lý do. Thư cũng cho quý vị biết cách khiếu nại.

**Thời hạn ra quyết định bảo hiểm tiêu chuẩn về một loại thuốc quý vị đã mua**

- Chúng tôi phải trả lời quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu chúng tôi không đáp ứng được thời hạn này, chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình khiếu nại để IRO xem xét.
- Nếu chúng tôi **Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ hoàn lại tiền cho quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch.
- Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị kèm theo các lý do. Thư cũng cho quý vị biết cách khiếu nại.

## G5. Khiếu nại Cấp 1

> Khiếu nại với chương trình của chúng tôi về quyết định bảo hiểm thuốc Medicare Phần D được gọi là **"quyết định lại"** của chương trình.

- Bắt đầu **khiếu nại tiêu chuẩn** hoặc **nhanh** bằng cách gọi 1-877-700-6996 (TTY 711) để nhận khiếu nại tiêu chuẩn, viết thư hoặc gửi fax cho chúng tôi. Quý vị, người đại diện của quý vị, hoặc bác sĩ (hoặc người kê toa khác) của quý vị có thể làm điều này. Vui lòng bao gồm tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.
- Quý vị phải yêu cầu khiếu nại **trong vòng 65 ngày theo lịch** kể từ ngày ghi trên thư chúng tôi đã gửi để thông báo cho quý vị về quyết định.
- Nếu quý vị lỡ thời hạn và có lý do chính đáng, chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để gửi khiếu nại. Ví dụ về lý do chính đáng: quý vị bị bệnh nghiêm trọng hoặc chúng tôi đã cung cấp cho quý vị thông tin sai về thời hạn. Hãy giải thích lý do quý vị khiếu nại trễ hạn khi quý vị gửi đơn khiếu nại.
- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp miễn phí bản sao thông tin về khiếu nại của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị cũng có thể cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin để củng cố cho khiếu nại của quý vị.

**Nếu tình hình sức khỏe đòi hỏi, hãy yêu cầu khiếu nại nhanh.**

> Khiếu nại nhanh còn được gọi là **"thẩm định lại cấp tốc".**

- Nếu quý vị khiếu nại một quyết định chúng tôi đã đưa ra về một loại thuốc mà quý vị không nhận được, quý vị hoặc bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị sẽ quyết định xem quý vị có cần khiếu nại nhanh hay không.

- Các yêu cầu đối với khiếu nại nhanh cũng giống như các yêu cầu đối với quyết định bảo hiểm nhanh. Tham khảo **Mục G4** để biết thêm thông tin.

Chúng tôi xem xét khiếu nại của quý vị và trả lời quý vị.

- Chúng tôi xem xét khiếu nại của quý vị và xem xét cẩn thận một lần nữa tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị.
- Chúng tôi kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ các quy tắc khi chúng tôi **Từ Chối** yêu cầu của quý vị hay không.
- Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị hoặc bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị để lấy thêm thông tin.

**Thời hạn để khiếu nại nhanh ở Cấp 1**

- Nếu chúng tôi sử dụng các thời hạn nhanh, chúng tôi phải trả lời quý vị trong **vòng 72 giờ** sau khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị.
    - Chúng tôi sẽ cho quý vị biết quyết định của chúng tôi sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi.
    - 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 khiếu nại. Sau đó, một IRO duyệt xét khiếu nại đó. Tham khảo **Mục G6** để biết thông tin về tổ chức đánh giá và quy trình khiếu nại Cấp 2.
- Nếu chúng tôi **Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ sau khi nhận được khiếu nại của quý vị.
- Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do và cho quý vị biết cách khiếu nại.

**Thời hạn cho khiếu nại tiêu chuẩn ở Cấp 1**

- Nếu chúng tôi sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn, chúng tôi phải trả lời quý vị **trong vòng 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị về một loại thuốc mà quý vị đã không nhận được.
- Chúng tôi đưa ra quyết định của chúng tôi cho quý vị sớm hơn nếu quý vị đã không nhận thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị đòi hỏi. Nếu quý vị cho rằng sức khỏe của mình đòi hỏi, hãy yêu cầu khiếu nại nhanh.
    - Nếu chúng tôi không gửi cho quý vị quyết định trong vòng 7 ngày theo lịch, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình khiếu nại. Sau đó, một IRO duyệt xét khiếu nại đó. Tham khảo **Mục G6** để biết thông tin về tổ chức đánh giá và quy trình khiếu nại Cấp 2.

Nếu chúng tôi **Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm mà** chúng tôi đã đồng ý cung cấp nhanh nhất khi sức khỏe của quý vị đòi hỏi, nhưng **không muộn hơn 7 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được đơn khiếu nại của quý vị.

- Chúng tôi phải **gửi thanh toán cho quý** vị đối với một loại thuốc mà quý vị đã mua **trong vòng 30 ngày theo lịch**
  sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị.

Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi sẽ gửi thư giải thích lý do và cho quý vị biết cách khiếu nại.

- Chúng tôi phải cho quý vị câu trả lời của chúng tôi về việc hoàn tiền cho quý vị đối với một thuốc quý vị đã mua
  **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi chúng tôi nhận được khiếu nại của quý vị.

  - Nếu chúng tôi không gửi cho quý vị quyết định trong vòng 14 ngày theo lịch, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình khiếu nại. Sau đó, một IRO duyệt xét khiếu nại đó. Tham khảo **Mục G6** để biết thông tin về tổ chức đánh giá và quy trình khiếu nại Cấp 2.

- Nếu chúng **Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.

- Nếu chúng tôi **Từ Chối** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do và cho quý vị biết cách khiếu nại.

### G6. Khiếu nại Cấp 2

Nếu chúng tôi **Từ Chối** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị, quý vị có thể chấp nhận quyết định của chúng tôi hoặc thực hiện một khiếu nại khác. Nếu quý vị quyết định thực hiện một khiếu nại khác, quý vị sử dụng quy trình Khiếu Nại Cấp 2. **IRO** đánh giá quyết định của chúng tôi khi chúng tôi **Từ Chối** khiếu nại đầu tiên của quý vị. Tổ chức này quyết định xem chúng tôi có nên thay đổi quyết định của mình hay không.

> Tên chính thức của "Tổ Chức Đánh Giá Độc Lập" (IRO) là **"Cơ Quan Đánh Giá Độc Lập"**, đôi khi được gọi là "IRE".

Để thực hiện Khiếu Nại Cấp 2, quý vị, đại diện của quý vị hoặc bác sĩ hoặc người kê toa khác của quý vị phải liên hệ với IRO **bằng văn bản** và yêu cầu đánh giá trường hợp của quý vị.

- Nếu chúng tôi **Từ Chối** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị, thư chúng tôi gửi cho quý vị bao gồm **các hướng dẫn về cách thực hiện Khiếu Nại Cấp 2** với

IRO. Các hướng dẫn cho biết ai có thể thực hiện Khiếu Nại Cấp 2, những thời hạn nào quý vị phải tuân theo và cách liên hệ với tổ chức.

- Khi quý vị khiếu nại lên IRO, chúng tôi sẽ gửi thông tin mà chúng tôi có về khiếu nại của quý vị cho tổ chức. Thông tin này được gọi là "hồ sơ trường hợp". **Quý vị có quyền nhận bản sao miễn phí hồ sơ trường hợp của mình**.
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho IRO để củng cố khiếu nại của mình.

IRO đánh giá Khiếu Nại Cấp 2 Medicare Phần D của quý vị và trả lời quý vị bằng văn bản. Tham khảo **Mục F4** để biết thêm thông tin về IRO.

**Thời hạn cho khiếu nại nhanh ở Cấp 2**

Nếu sức khỏe của quý vị đòi hỏi, vui lòng yêu cầu khiếu nại nhanh với IRO.

- Nếu họ đồng ý khiếu nại nhanh, họ phải cho quý vị câu trả lời **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được yêu cầu khiếu nại của quý vị.
- Nếu họ **Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc đã được phê duyệt **trong vòng 24 giờ** sau khi nhận được quyết định của IRO.

**Thời hạn cho khiếu nại tiêu chuẩn ở Cấp 2**

Nếu quý vị có khiếu nại tiêu chuẩn ở Cấp 2, IRO phải trả lời quý vị:

- **trong vòng bảy ngày theo lịch** sau khi họ nhận được khiếu nại của quý vị về một loại thuốc mà quý vị không nhận.
- **trong vòng 14 ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn khiếu nại yêu cầu hoàn trả tiền thuốc quý vị đã mua.

Nếu IRO **Chấp Thuận** một phần hoặc toàn bộ yêu cầu của quý vị:

- Chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc được chấp thuận **trong vòng 72 giờ** sau khi nhận được quyết định của IRO.
- Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị đối với loại thuốc quý vị đã mua trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định của IRO.
- Nếu IRO **Từ Chối** khiếu nại của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc không chấp thuận yêu cầu của quý vị. Đây được gọi là "giữ nguyên quyết định" hoặc "bác bỏ khiếu nại của quý vị".

Nếu IRO **Từ Chối** Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị, quý vị có quyền Khiếu Nại Cấp 3 nếu giá trị bằng tiền của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu đáp ứng giá trị bằng tiền tối thiểu. Nếu giá trị bằng tiền của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu thấp hơn mức tối thiểu bắt buộc, quý vị không thể thực hiện khiếu nại khác. Trong trường hợp đó, quyết định của Khiếu Nại Cấp 2 là quyết

định cuối cùng. IRO gửi cho quý vị một lá thư cho quý vị biết giá trị bằng tiền tối thiểu cần thiết để tiếp tục với Khiếu Nại Cấp 3.

Nếu giá trị bằng tiền của yêu cầu của quý vị đáp ứng yêu cầu, quý vị sẽ chọn xem mình có muốn khiếu nại nữa hay không.

- Có ba cấp bổ sung trong quy trình khiếu nại sau Cấp 2.
- Nếu IRO **Từ Chối** Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị và quý vị đáp ứng yêu cầu để tiếp tục quy trình khiếu nại, quý vị:
  - Quyết định xem quý vị có muốn thực hiện Khiếu Nại Cấp 3 hay không.
  - Tham khảo thư mà IRO gửi cho quý vị sau Khiếu Nại Cấp 2 để biết chi tiết về cách thực hiện Khiếu Nại Cấp 3.

ALJ hoặc luật sư phán xử sẽ thụ lý các Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

## H. Yêu cầu chúng tôi đài thọ thời gian nằm viện lâu hơn

Khi nhập viện, quý vị có quyền nhận tất cả các dịch vụ bệnh viện cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh hay thương tích của quý vị. Để biết thêm thông tin về bảo hiểm bệnh viện trong chương trình của chúng tôi, tham khảo **Chương 4** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

Trong thời gian nằm viện được đài thọ, bác sĩ của quý vị và nhân viên bệnh viện làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị rời viện. Họ cũng giúp sắp xếp dịch vụ chăm sóc mà quý vị có thể cần sau khi rời viện.

- Ngày quý vị rời viện được gọi là "ngày xuất viện".
- Bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên bệnh viện sẽ cho quý vị biết ngày xuất viện của quý vị là ngày nào.

Nếu quý vị cho rằng quý vị đang được yêu cầu rời bệnh viện quá sớm hoặc quý vị lo lắng về dịch vụ chăm sóc của mình sau khi rời bệnh viện, quý vị có thể yêu cầu thời gian nằm viện lâu hơn. Mục này sẽ hướng dẫn quý vị về cách yêu cầu.

### H1. Biết về các quyền Medicare của quý vị

Trong vòng hai ngày sau khi quý vị nhập viện, một người tại bệnh viện, chẳng hạn như y tá hoặc nhân viên phụ trách, sẽ gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản gọi là "Thông Điệp Quan Trọng từ Medicare về Quyền của Quý Vị". Tất cả những người có Medicare đều nhận được bản sao thông báo này bất kỳ khi nào họ nhập viện.

Nếu quý vị không nhận được thông báo, hãy hỏi bất kỳ nhân viên nào của bệnh viện để nhận thông báo này. Nếu quý vị cần trợ giúp, gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số ở cuối trang. Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

- **Đọc kỹ thông báo** và nêu thắc mắc nếu quý vị không hiểu. Thông báo cho biết các quyền của quý vị với tư cách là bệnh nhân tại bệnh viện, bao gồm các quyền để:
    - Nhận các dịch vụ được Medicare đài thọ trong và sau khi nằm viện. Quý vị có quyền được biết đây là những dịch vụ gì, ai sẽ thanh toán chúng và nơi quý vị có thể nhận các dịch vụ đó.
    - Tham gia vào bất kỳ quyết định nào về thời gian nằm viện của quý vị.
    - Biết được nơi báo cáo bất kỳ mối quan ngại nào quý vị có về chất lượng dịch vụ chăm sóc cho quý vị tại bệnh viện.
    - Khiếu nại nếu quý vị cho rằng mình bị xuất viện quá sớm.
- **Ký vào thông báo** để thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo đó và hiểu các quyền của mình.
    - Quý vị hoặc người nào đó đại diện cho quý vị có thể ký vào thông báo.
    - Việc ký vào thông báo **chỉ** cho thấy quý vị đã nhận được thông tin về các quyền của mình. Việc ký **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với ngày xuất viện mà bác sĩ của quý vị hoặc nhân viên bệnh viện có thể đã báo cho quý vị.
- **Giữ bản sao** thông báo đã được ký của quý vị để có thông tin nếu quý vị cần đến.

Nếu quý vị ký vào thông báo này hơn hai ngày trước khi rời khỏi bệnh viện, quý vị sẽ nhận được bản sao khác trước khi xuất viện.

Quý vị có thể xem trước bản sao thông báo nếu quý vị:

- Gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số điện thoại ở cuối trang
- Gọi Medicare theo số 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Truy cập www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

## H2. Khiếu nại Cấp 1

Để yêu cầu chúng tôi đài thọ cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện của quý vị trong thời gian dài hơn, vui lòng khiếu nại. Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO) đánh giá Khiếu Nại Cấp 1 để tìm hiểu xem ngày xuất viện dự kiến của quý vị có phù hợp với quý vị về mặt y tế không.

QIO là một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính quyền liên bang trả lương. Các chuyên gia này kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng cho những người có Medicare. Họ không thuộc chương trình của chúng tôi.

Ở Massachusetts, QIO là Acentra. Gọi cho họ theo số 1-888-319-8452 (TTY 711). Thông tin liên hệ cũng có trong thông báo, "Thông Điệp Quan Trọng từ Medicare về Quyền của Quý Vị" và trong **Chương 2**.

**Gọi cho QIO trước khi quý vị rời bệnh viện và không muộn hơn ngày xuất viện dự kiến của quý vị.**

- **Nếu quý vị gọi điện trước khi rời viện**, quý vị có thể ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến mà không phải thanh toán trong khi chờ quyết định của QIO về khiếu nại của quý vị.
- **Nếu quý vị không gọi để khiếu nại** và quý vị quyết định ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến, quý vị có thể thanh toán tất cả chi phí chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện dự kiến.

**Yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần**. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào:

- Gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số điện thoại ở cuối trang.
- Gọi cho SHINE (Phục Vụ Nhu Cầu Bảo Hiểm Y Tế Của Mọi Người).

**Yêu cầu đánh giá nhanh.** Hành động nhanh chóng và liên hệ với QIO để yêu cầu đánh giá nhanh về việc xuất viện của quý vị.

> Thuật ngữ pháp lý cho **"đánh giá nhanh"** là **"đánh giá ngay"** hoặc **"đánh giá cấp tốc".**

**Điều gì sẽ diễn ra trong quá trình đánh giá nhanh**

- Người đánh giá tại QIO hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị lý do tại sao quý vị cho rằng bảo hiểm nên tiếp tục sau ngày xuất viện dự kiến. Quý vị không bắt buộc phải viết tuyên bố, nhưng quý vị có thể viết.
- Người đánh giá 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 chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.

- Vào buổi trưa một ngày sau khi người đánh giá cho chúng tôi biết về khiếu nại của quý vị, quý vị sẽ nhận được một lá thư với ngày xuất viện dự kiến của quý vị. Thư cũng đưa ra lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi nghĩ rằng đó là ngày xuất viện phù hợp với quý vị.

> Thuật ngữ pháp lý cho văn bản giải thích này là **"Thông Báo Chi Tiết về Việc Xuất Viện".** Quý vị có thể lấy mẫu đơn bằng cách gọi cho Phòng Dịch Vụ Hội Viên theo các số ở cuối trang hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.) Quý vị cũng có thể tham khảo thông báo mẫu trực tuyến tại www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Trong vòng một ngày sau khi nhận được tất cả thông tin cần thiết, QIO sẽ trả lời cho khiếu nại của quý vị.

Nếu QIO **Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ nội trú tại bệnh viện được đài thọ cho quý vị miễn là các dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ Chối** khiếu nại của quý vị:

- Họ tin rằng ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y tế.
- Bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ nội trú tại bệnh viện của quý vị sẽ kết thúc vào buổi trưa ngày hôm sau khi QIO trả lời cho khiếu nại của quý vị.
- Quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau buổi trưa ngày hôm sau khi QIO trả lời cho khiếu nại của quý vị.
- Quý vị có thể thực hiện Khiếu Nại Cấp 2 nếu QIO từ chối Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị **và** quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến.

### H3. Khiếu nại Cấp 2

Đối với Khiếu Nại Cấp 2, quý vị yêu cầu QIO xem xét lại quyết định họ đã đưa ra đối với Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Gọi cho họ theo số 1-888-319-8452 (TTY 711).

Quý vị phải yêu cầu đánh giá này **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày QIO **Từ Chối** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Quý vị **chỉ** có thể yêu cầu đánh giá này nếu quý vị vẫn ở lại bệnh viện sau ngày bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị chấm dứt.

Người đánh giá của QIO sẽ:

- Xem xét cẩn thận một lần nữa tất cả các thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.

- Cho quý vị biết quyết định của họ về Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu đánh giá lần thứ hai của quý vị.

Nếu QIO **Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị chi phí chăm sóc tại bệnh viện kể từ trưa ngày kế tiếp sau ngày QIO bác bỏ Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ nội trú tại bệnh viện được đài thọ cho quý vị miễn là các dịch vụ đó cần thiết về mặt y tế.

Nếu QIO **Từ Chối** khiếu nại của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định của họ về Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị và sẽ không thay đổi quyết định này.
- Họ cung cấp cho quý vị lá thư cho quý vị biết việc quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục quy trình khiếu nại và thực hiện Khiếu Nại Cấp 3.

ALJ hoặc luật sư phán xử sẽ thụ lý các Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

## I. Yêu cầu chúng tôi tiếp tục đài thọ một số dịch vụ y tế nhất định

Mục này chỉ nói về ba loại dịch vụ mà quý vị có thể nhận được:

- dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà
- chăm sóc điều dưỡng chuyên môn tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, **và**
- chăm sóc phục hồi chức năng như bệnh nhân ngoại trú tại CORF được Medicare chấp thuận. Điều này thường có nghĩa là quý vị đang nhận phương pháp điều trị cho một căn bệnh hoặc tai nạn hoặc quý vị đang phục hồi từ một ca đại phẫu.

Với bất kỳ loại nào trong ba loại dịch vụ này, quý vị có quyền tiếp tục nhận các dịch vụ được đài thọ với điều kiện là bác sĩ nói rằng quý vị cần điều đó.

Khi chúng tôi quyết định dừng đài thọ bất kỳ loại nào trong số các loại hình này, chúng tôi phải thông báo cho quý vị **trước khi** các dịch vụ của quý vị kết thúc. Khi bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ đó kết thúc, chúng tôi sẽ ngừng thanh toán cho dịch vụ đó.

Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi kết thúc bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi.** Mục này cho quý vị biết cách thức yêu cầu khiếu nại.

## I1. Thông báo trước trước khi bảo hiểm của quý vị kết thúc

Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản ít nhất hai ngày trước khi chúng tôi ngừng chi trả cho việc chăm sóc của quý vị. Đây được gọi là "Thông Báo Về Việc Không Được Medicare Bảo Hiểm". Thông báo cho quý vị biết ngày mà chúng tôi sẽ ngừng đài thọ dịch vụ chăm sóc của quý vị và cách khiếu nại quyết định của chúng tôi.

Quý vị hoặc người đại diện của quý vị nên ký vào thông báo để xác nhận rằng quý vị đã nhận thông báo đó. Ký vào thông báo
**chỉ** cho thấy rằng quý vị đã nhận được thông tin. Việc ký **không** có nghĩa là quý vị đồng ý với quyết định của chúng tôi.

## I2. Khiếu nại Cấp 1

Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi kết thúc bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị quá sớm, quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi. Mục này cho quý vị biết về quy trình Khiếu Nại Cấp 1 và những việc cần làm.

- **Đáp ứng thời hạn.** Các thời hạn rất quan trọng. Hiểu và tuân theo thời hạn áp dụng cho những việc quý vị phải làm. Chương trình của chúng tôi cũng phải tuân theo thời hạn. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng được thời hạn của chúng tôi, quý vị có thể nộp đơn than phiền. Tham khảo **Mục K** để biết thêm thông tin về than phiền.
- **Yêu cầu trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào:
  - Gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số điện thoại ở cuối trang.
  - Gọi cho SHINE (Phục Vụ Nhu Cầu Bảo Hiểm Y Tế Của Mọi Người)
- **Liên hệ với QIO.**
  - Tham khảo **Mục H2** hoặc tham khảo **Chương 2** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết thêm thông tin về QIO và cách liên hệ với họ.
  - Yêu cầu họ xem xét khiếu nại của quý vị và quyết định có nên thay đổi quyết định của chương trình chúng tôi hay không.
- **Hành động nhanh chóng và yêu cầu "khiếu nại nhanh.** Hỏi QIO xem có phù hợp về mặt y tế khi chúng tôi chấm dứt bảo hiểm cho các dịch vụ y tế của quý vị không.

### Thời hạn của quý vị để liên hệ với tổ chức này

- Quý vị phải liên hệ với QIO để bắt đầu khiếu nại của mình chậm nhất vào buổi trưa của ngày trước ngày có hiệu lực trên "Thông Báo Về Việc Không Được Medicare Bảo Hiểm" mà chúng tôi đã gửi cho quý vị.

Thuật ngữ pháp lý cho thông báo bằng văn bản là **"Thông Báo Về Việc Không Được Medicare Bảo Hiểm".** Để nhận được một bản sao mẫu, vui lòng gọi cho Phòng Dịch Vụ Hội Viên theo các số ở cuối trang hoặc gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Hoặc nhận bản sao trực tuyến tại www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

**Điều gì sẽ xảy ra khi khiếu nại nhanh**

- Người đánh giá tại QIO hỏi quý vị hoặc người đại diện của quý vị lý do quý vị nghĩ bảo hiểm nên tiếp tục. Quý vị không bắt buộc phải viết tuyên bố, nhưng quý vị có thể viết.
- Người đánh giá xem xét thông tin y tế của quý vị, trao đổi với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà chương trình của chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Chương trình của chúng tôi cũng gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản giải thích lý do của chúng tôi về việc chấm dứt bảo hiểm cho các dịch vụ của quý vị. Quý vị sẽ nhận được thông báo vào cuối ngày, người đánh giá sẽ thông báo cho chúng tôi về khiếu nại của quý vị.

Thuật ngữ pháp lý cho giải thích thông báo là **"Giải Thích Chi Tiết Về Việc Không Được Bảo Hiểm".**

- Người đánh giá sẽ cho quý vị biết quyết định của họ trong vòng một ngày sau khi nhận được tất cả thông tin họ cần.

Nếu QIO **Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ được đài thọ cho quý vị miễn là chúng cần

thiết về mặt y tế. Nếu QIO **Từ Chối** khiếu nại của quý vị:

- Bảo hiểm của quý vị kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo với quý vị.
- Chúng tôi ngừng thanh toán các chi phí của dịch vụ chăm sóc này vào ngày trong thông báo.
- Quý vị tự trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc này nếu quý vị quyết định tiếp tục các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc CORF sau ngày bảo hiểm của quý vị kết thúc
- Quý vị quyết định xem mình có muốn tiếp tục các dịch vụ này và thực hiện Khiếu Nại Cấp 2 hay không.

### I3. Khiếu nại Cấp 2

Đối với Khiếu Nại Cấp 2, quý vị yêu cầu QIO xem xét lại quyết định họ đã đưa ra đối với Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Gọi cho họ theo số 1-888-319-8452 (TTY 711).

Quý vị phải yêu cầu đánh giá này **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau ngày QIO **Từ Chối** Khiếu Nại Cấp 1 của quý vị. Quý vị **chỉ** có thể yêu cầu đánh giá này nếu quý vị tiếp tục dịch vụ chăm sóc sau ngày bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc của quý vị kết thúc.

Người đánh giá của QIO sẽ:

- Xem xét cẩn thận một lần nữa tất cả các thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị.
- Cho quý vị biết quyết định của họ về Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được yêu cầu đánh giá lần thứ hai của quý vị.

Nếu QIO **Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị:

- Chúng tôi hoàn trả cho quý vị các chi phí chăm sóc mà quý vị nhận được kể từ ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị kết thúc.
- Chúng tôi sẽ cung cấp bảo hiểm cho chăm sóc miễn là dịch vụ chăm sóc

này cần thiết về mặt y tế. Nếu QIO **Từ Chối** khiếu nại của quý vị:

- Họ đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc kết thúc dịch vụ chăm sóc dành cho quý vị và sẽ không thay đổi điều này.
- Họ cung cấp cho quý vị lá thư cho quý vị biết việc quý vị có thể làm nếu muốn tiếp tục quy trình khiếu nại và thực hiện Khiếu Nại Cấp 3.

ALJ hoặc luật sư phán xử sẽ thụ lý các Khiếu Nại Cấp 3. Tham khảo **Mục J** để biết thông tin về Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5.

## J. Đưa khiếu nại của quý vị vượt Cấp 2

### J1. Các bước tiếp theo đối với các dịch vụ và vật dụng của Medicare

Nếu quý vị đã thực hiện Khiếu Nại Cấp 1 và Khiếu Nại Cấp 2 cho các dịch vụ hoặc vật dụng của Medicare và cả hai khiếu nại này của quý vị đều bị bác bỏ, quý vị có thể có quyền thực hiện các cấp khiếu nại bổ sung.

Nếu giá trị bằng tiền của dịch vụ hoặc vật dụng Medicare mà quý vị khiếu nại không đáp ứng một số tiền tối thiểu nhất định, quý vị không thể khiếu nại thêm nữa. Nếu giá trị bằng tiền đủ cao, quý vị có thể tiếp tục quy trình khiếu nại. Thư quý vị nhận được từ IRO cho Khiếu Nại Cấp 2 của quý vị giải thích người quý vị cần liên hệ và điều quý vị cần làm để yêu cầu Khiếu Nại Cấp 3.

**Khiếu Nại Cấp 3**

Cấp 3 của quy trình khiếu nại là phiên điều trần ALJ. Người đưa ra quyết định là ALJ hoặc luật sư phán xử làm việc cho chính quyền liên bang.

Nếu ALJ hoặc luật sư phán xử **Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị**,** chúng tôi có quyền khiếu nại quyết định Cấp 3 có lợi cho quý vị.

- Nếu chúng tôi quyết định **khiếu nại** quyết định này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản sao yêu cầu Khiếu Nại Cấp 4 cùng với bất kỳ tài liệu đi kèm nào. Chúng tôi có thể chờ quyết định cho Khiếu Nại Cấp 4 trước khi cho phép hoặc cung cấp dịch vụ đang trong tranh chấp.
- Nếu chúng tôi quyết định **không khiếu nại** quyết định này, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của ALJ hoặc luật sư phán xử.
    - Nếu ALJ hoặc luật sư phán xử **Từ Chối** khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại có thể không kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định bác bỏ khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.
- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định bác bỏ khiếu nại của quý vị, quý vị có thể tiếp tục với cấp tiếp theo của quy trình đánh giá. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì đối với Khiếu Nại Cấp 4.

**Khiếu Nại Cấp 4**

Hội Đồng Khiếu Nại Medicare (Hội Đồng) đánh giá khiếu nại của quý vị và trả lời quý vị. Hội Đồng là một bộ phận của chính quyền liên bang.

Nếu Hội Đồng **Chấp Thuận** Khiếu Nại Cấp 4 của quý vị hoặc từ chối yêu cầu đánh giá quyết định Khiếu Nại Cấp 3 có lợi cho quý vị, chúng tôi có quyền khiếu nại lên Cấp 5.

- Nếu chúng tôi quyết định **khiếu nại** quyết định này, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- Nếu chúng tôi quyết định **không khiếu nại** quyết định này, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch sau khi nhận được quyết định của Hội Đồng.

Nếu Hội Đồng **Từ Chối** hoặc bác bỏ yêu cầu đánh giá của chúng tôi, quy trình khiếu nại có thể chưa kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định bác bỏ khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định bác bỏ khiếu nại của quý vị, quý vị có thể tiếp tục với cấp tiếp theo của quy trình đánh giá. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu quý vị có thể tiếp tục Khiếu nại Cấp 5 hay không và phải làm gì.

**Khiếu Nại Cấp 5**

- Thẩm phán Tòa Án Quận Liên Bang sẽ đánh giá khiếu nại của quý vị và tất cả các thông tin và quyết định **Chấp Thuận** hoặc **Từ Chối**. Đây là quyết định cuối cùng. Không có cấp khiếu nại nào khác ngoài Tòa Án Quận Liên Bang.

## J2. Khiếu nại MassHealth (Medicaid) bổ sung

Quý vị cũng có các quyền khiếu nại khác nếu khiếu nại của quý vị là về các dịch vụ hoặc vật dụng mà MassHealth (Medicaid) thường đài thọ. Thư quý vị nhận được từ văn phòng Điều Trần Công Bằng sẽ cho quý vị biết phải làm gì nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình khiếu nại. Quý vị có thể yêu cầu tiểu bang Massachusetts thực hiện khiếu nại Cấp 2, hay phiên Điều Trần Công Bằng. Một cơ quan Điều Trần Công Bằng không liên kết với chương trình của chúng tôi sẽ xem xét trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định về khiếu nại của quý vị. Để nộp Khiếu Nại Cấp 2, hãy điền vào Mẫu Yêu Cầu Điều Trần Công Bằng đính kèm nhận được trong thư từ chúng tôi. Nếu quý vị yêu cầu một phiên điều trần công bằng, quý vị phải gửi yêu cầu điều trần của mình đến Hội Đồng Y Tế (BOH) không muộn hơn 120 ngày theo lịch kể từ ngày trên thư này. Nếu quý vị quyết định gửi khiếu nại sau 120 ngày, BOH sẽ quyết định xem có cân nhắc yêu cầu của quý vị hay không.

## J3. Khiếu Nại Cấp 3, 4 và 5 đối với Các Yêu Cầu Về Thuốc Medicare Phần D

Mục này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã thực hiện Khiếu Nại Cấp 1 và Khiếu Nại Cấp 2 và cả hai khiếu nại này của quý vị đều bị bác bỏ.

Nếu giá trị của thuốc quý vị khiếu nại đáp ứng được một mức giá trị bằng tiền nhất định, quý vị có thể chuyển lên các cấp khiếu nại bổ sung. Phản hồi bằng văn bản mà quý vị nhận được cho Khiếu Nại Cấp 2 giải thích người quý vị cần liên hệ và điều quý vị cần làm để yêu cầu Khiếu Nại Cấp 3.

**Khiếu Nại Cấp 3**

Cấp 3 của quy trình khiếu nại là phiên điều trần ALJ. Người đưa ra quyết định là ALJ hoặc luật sư phán xử làm việc cho chính quyền liên bang.

Nếu ALJ hoặc luật sư phán xử **Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị**:**

- Quá trình khiếu nại đã kết thúc.
- Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc đã được chấp thuận trong vòng 72 giờ (hoặc 24 giờ đối với khiếu nại nhanh) hoặc thanh toán không muộn hơn 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định.

Nếu ALJ hoặc luật sư phán xử **Từ Chối** khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại có thể không kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định bác bỏ khiếu nại của quý vị, quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định bác bỏ khiếu nại của quý vị, quý vị có thể tiếp tục với cấp tiếp theo của quy trình đánh giá. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết phải làm gì đối với Khiếu Nại Cấp 4.

**Khiếu Nại Cấp 4**

Hội Đồng đánh giá khiếu nại của quý vị và trả lời quý vị. Hội Đồng là một bộ phận của chính quyền liên bang.

Nếu Hội Đồng **Chấp Thuận** khiếu nại của quý vị:

- Quá trình khiếu nại đã kết thúc.
- Chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc đã được chấp thuận trong vòng 72 giờ (hoặc 24 giờ đối với khiếu nại nhanh) hoặc thanh toán không muộn hơn 30 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được quyết định.

Nếu Hội Đồng **Từ Chối** khiếu nại của quý vị hoặc nếu Hội Đồng bác bỏ yêu cầu đánh giá, quy trình khiếu nại có thể chưa kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **chấp nhận** quyết định bác bỏ khiếu nại của mình, quy trình khiếu nại sẽ kết thúc.

- Nếu quý vị quyết định **không chấp nhận** quyết định bác bỏ khiếu nại của quý vị, quý vị có thể tiếp tục với cấp tiếp theo của quy trình đánh giá. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết liệu quý vị có thể tiếp tục Khiếu nại Cấp 5 hay không và phải làm gì.

**Khiếu Nại Cấp 5**

- Thẩm phán Tòa Án Quận Liên Bang sẽ đánh giá khiếu nại của quý vị và tất cả các thông tin và quyết định **Chấp Thuận** hoặc **Từ Chối**. Đây là quyết định cuối cùng. Không có cấp khiếu nại nào khác ngoài Tòa Án Quận Liên Bang.

## K. Cách than phiền

### K1. Những loại vấn đề nên được than phiền

Quy trình than phiền chỉ được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định, chẳng hạn như các vấn đề về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ, điều phối chăm sóc và dịch vụ khách hàng. Sau đây là những ví dụ về các loại vấn đề được xử lý bằng quy trình than phiền.

| Than phiền | Ví dụ |
|---|---|
| **Chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị** | • Quý vị không hài lòng với chất lượng chăm sóc, chẳng hạn như dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được ở bệnh viện. |
| **Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị** | • Quý vị nghĩ rằng ai đó đã không tôn trọng quyền riêng tư hoặc chia sẻ thông tin bí mật về quý vị. |
| **Thiếu tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc các thái độ tiêu cực khác** | • Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên đã thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng quý vị.<br>• Nhân viên của chúng tôi đối xử tệ với quý vị.<br>• Quý vị nghĩ rằng quý vị đang bị đẩy ra khỏi chương trình của chúng tôi. |
| **Khả năng tiếp cận và hỗ trợ ngôn ngữ** | • Quý vị không thể tiếp cận trực tiếp các dịch vụ và cơ sở chăm sóc sức khỏe tại văn phòng của bác sĩ hoặc nhà cung cấp.<br>• Bác sĩ hoặc nhà cung cấp của quý vị không cung cấp thông dịch viên cho ngôn ngữ mà quý vị sử dụng (chẳng hạn như Ngôn Ngữ Ký Hiệu Mỹ hoặc Tiếng Tây Ban Nha).<br>• Nhà cung cấp của quý vị không cung cấp cho quý vị những điều chỉnh hợp lý khác mà quý vị cần và yêu cầu. |
| **Thời gian chờ** | • Quý vị gặp khó khăn trong việc đặt lịch hẹn hoặc chờ đợi quá lâu để nhận được cuộc hẹn.<br>• Bác sĩ, dược sĩ hoặc các chuyên gia y tế khác, Phòng Dịch Vụ Ghi Danh hoặc nhân viên chương trình khác khiến quý vị phải chờ đợi quá lâu. |
| **Tình trạng vệ sinh** | • Quý vị nghĩ rằng phòng khám, bệnh viện hoặc văn phòng bác sĩ không sạch sẽ. |
| **Thông tin quý vị nhận được từ chúng tôi** | • Quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã không cung cấp cho quý vị thông báo hoặc thư mà quý vị nên nhận được.<br>• Quý vị nghĩ rằng thông tin bằng văn bản chúng tôi gửi cho quý vị là quá khó hiểu. |

| Than phiền | Ví dụ |
|---|---|
| **Tính kịp thời liên quan đến quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại** | • Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng được thời hạn để đưa ra quyết định bảo hiểm hoặc trả lời khiếu nại của quý vị.<br>• Quý vị cho rằng, sau khi nhận được quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại có lợi cho quý vị, chúng tôi không đáp ứng được thời hạn để phê duyệt hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị hoặc thanh toán lại cho quý vị cho một số dịch vụ y tế nhất định.<br>• Quý vị không nghĩ rằng chúng tôi đã gửi trường hợp của quý vị đến IRO đúng hạn. |

**Có nhiều loại than phiền khác nhau.** Quý vị có thể than phiền nội bộ và/hoặc than phiền bên ngoài. Chương trình của chúng tôi nộp và đánh giá than phiền nội bộ. Than phiền bên ngoài được nộp và đánh giá bởi một tổ chức không liên kết với chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị cần trợ giúp để than phiền nội bộ và/hoặc bên ngoài, quý vị có thể gọi 1-877-700-6996 (TTY 711).

> Thuật ngữ pháp lý cho "than phiền" là **"phàn nàn".**
>
> Thuật ngữ pháp lý cho "nộp đơn than phiền" là **"nộp đơn phàn nàn".**

## K2. Than phiền nội bộ

Để than phiền nội bộ, gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số 1-877-700-6996 (TTY 711). Quý vị có thể than phiền bất cứ lúc nào trừ phi đó là về thuốc Medicare Phần D. Nếu than phiền là về một loại thuốc Medicare Phần D, quý vị phải thực hiện **trong vòng 60 ngày theo lịch** sau khi quý vị gặp vấn đề muốn than phiền.

- Nếu quý vị cần làm gì khác, Phòng Dịch Vụ Ghi Danh sẽ cho quý vị biết.
- Quý vị cũng có thể viết đơn than phiền và gửi cho chúng tôi. Nếu quý vị gửi than phiền bằng văn bản, chúng tôi sẽ phản hồi than phiền của quý vị bằng văn bản.
- Để sử dụng quy trình phàn nàn, quý vị có thể nộp đơn phàn nàn bằng lời nói hoặc bằng văn bản. Gửi phàn nàn bằng văn bản của quý vị đến Fallon Health Member Appeals and Grievances, 1 Mercantile St., Suite 400, Worcester, MA 01608. Đối với kháng nghị bằng miệng, quý vị có thể liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số 1-877-700-6996 (TTY 711) hoặc liên hệ trực tiếp với Ban Kháng Nghị và Khiếu Nại của Hội Viên Fallon Health theo số 1-800-325-5669 (TTY 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu (7 ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3) và yêu cầu họ nộp đơn kháng nghị cho quý vị. Quý vị có thể gửi yêu cầu phàn nàn "cấp tốc" ("nhanh") và được xử lý 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần bằng cách để lại tin nhắn thoại theo số điện

thoại này. Quý vị cũng có thể fax yêu cầu phàn nàn của mình đến số 1-508-755-7393. Nếu chúng tôi không chấp nhận yêu cầu của quý vị về việc quyết định hoặc quyết định lại cấp tốc, quý vị có thể nộp đơn phàn nàn cấp tốc ("nhanh"). Chúng tôi sẽ trả lời phàn nàn ("nhanh") trong vòng 24 giờ. Chúng tôi sẽ giải quyết phàn nàn nhanh chóng tùy theo trường hợp của quý vị dựa vào tình trạng sức khỏe của quý vị, nhưng không quá 30 ngày sau khi nhận được than phiền. Chúng tôi có thể gia hạn khung thời gian lên tới 14 ngày nếu quý vị yêu cầu gia hạn hoặc nếu chúng tôi thấy cần thêm thông tin và việc trì hoãn có lợi nhất cho quý vị.

- Nếu quý vị đang báo cáo nghi ngờ gian lận, lãng phí hoặc lạm dụng, quý vị có thể báo cáo các hoạt động đó bằng cách gọi điện. Số điện thoại của Phòng Dịch Vụ Ghi Danh là 1-877-700-6996 (TTY 711). Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu (7 ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3), gọi đến Đường Dây Nóng Tuân Thủ của chương trình theo số 1-888-203-5295 hoặc bằng cách gửi email đến InternalAudit-FWAInquiries@fallonhealth.org. Chúng tôi sẽ không trả đũa bất kỳ ai báo cáo trung thực về hành vi gian lận tiềm ẩn hoặc các hành vi sai trái khác.

**Thuật ngữ pháp lý** cho "than phiền nhanh" là **"phàn nàn cấp tốc".**

Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời quý vị ngay lập tức. Nếu quý vị than phiền qua điện thoại, chúng tôi có thể trả lời quý vị ngay trong cuộc gọi điện thoại. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu trả lời nhanh chóng, chúng tôi sẽ đáp ứng yêu cầu này.

- Chúng tôi trả lời hầu hết các than phiền trong vòng 30 ngày theo lịch. Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định trong vòng 30 ngày theo lịch vì chúng tôi cần thêm thông tin, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi cũng cung cấp cập nhật trạng thái và thời gian ước tính để quý vị nhận được câu trả lời.
- Nếu quý vị than phiền vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu "quyết định bảo hiểm nhanh" hoặc "khiếu nại nhanh" của quý vị thì chúng tôi sẽ tự động cung cấp "than phiền nhanh" cho quý vị và trả lời than phiền của quý vị trong vòng 24 giờ.
- Nếu quý vị than phiền vì chúng tôi đã dành thêm thời gian để ra quyết định bảo hiểm hoặc khiếu nại, chúng tôi sẽ tự động cung cấp cho quý vị một "than phiền nhanh" và trả lời than phiền của quý vị trong vòng 24 giờ.

Nếu chúng tôi không đồng ý với một phần hoặc tất cả than phiền của quý vị, chúng tôi sẽ cho quý vị biết và đưa ra lý do. Chúng tôi sẽ phản hồi cho dù chúng tôi có đồng ý với than phiền hay không.

### K3. Than phiền bên ngoài

#### Medicare

Quý vị có thể cho Medicare biết về than phiền của quý vị hoặc gửi đến Medicare. Mẫu Đơn Than Phiền Với Medicare có tại: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Quý vị không cần phải nộp đơn than phiền với NaviCare HMO SNP hoặc NaviCare NHC HMO SNP trước khi nộp đơn than phiền với Medicare.

Medicare tiếp nhận than phiền của quý vị một cách nghiêm túc và sử dụng thông tin này để giúp cải thiện chất lượng chương trình Medicare.

Nếu quý vị có bất kỳ phản hồi hoặc thắc mắc nào, hoặc nếu quý vị cảm thấy chương trình bảo hiểm sức khỏe không giải quyết vấn đề của quý vị, quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí.

**Văn Phòng Dân Quyền (OCR)**

Quý vị có thể than phiền lên OCR của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (HHS) nếu quý vị nghĩ rằng quý vị đã không được đối xử công bằng. Ví dụ: quý vị có thể than phiền về quyền tiếp cận của người khuyết tật hoặc hỗ trợ ngôn ngữ. Số điện thoại của OCR là 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697. Quý vị có thể truy cập www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.

Quý vị cũng có thể liên hệ với văn phòng OCR địa phương tại địa chỉ:

U.S. Department of Health and Human Services Government Center
J.F. Kennedy Federal Building - Room 1875
Boston, MA 02203
Điện thoại: 1-800-368-1019 Số fax: 1-202-619-3818
TDD: 1-800-537-7697
Email: OCRComplaint@hhs.gov

Quý vị cũng có thể có các quyền theo Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật (ADA). Quý vị có thể liên hệ với My Ombudsman để được hỗ trợ bằng cách gọi số 1-855-781-9898 (hoặc sử dụng MassRelay theo số 711 để gọi 1-855-781-9898 hoặc Cuộc Gọi Video (VP) 339-224-6831) hoặc gửi email tới địa chỉ info@myombudsman.org.

**QIO**

Khi than phiền của quý vị là về chất lượng chăm sóc, quý vị có hai lựa chọn:

- Quý vị có thể than phiền về chất lượng chăm sóc trực tiếp với QIO.
- Quý vị có thể than phiền với QIO và chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị than phiền với QIO, chúng tôi sẽ làm việc với họ để giải quyết than phiền của quý vị.

QIO là một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính quyền liên bang trả lương để kiểm tra và cải thiện việc chăm sóc cho bệnh nhân Medicare. Để tìm hiểu thêm về QIO, tham khảo **Mục H2** hoặc tham khảo **Chương 2** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

Ở Massachusetts, QIO được gọi là Acentra. Số điện thoại của Acentra là 1-888-319-8452 (TTY 711).

# Chương 10: Kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

## Giới thiệu

Chương này giải thích cách quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên của mình với chương trình của chúng tôi và các lựa chọn bảo hiểm y tế của quý vị sau khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ vẫn tham gia các chương trình Medicare và MassHealth (Medicaid) miễn là quý vị đủ điều kiện. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được cung cấp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối cùng của *Sổ Tay Hội Viên* này.

## Mục lục

A. Khi nào quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên chương trình của chúng tôi ..... 256

B. Cách kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi ..... 257

C. Cách nhận riêng các dịch vụ Medicare và MassHealth (Medicaid) ..... 258
C1. Các dịch vụ Medicare của quý vị ..... 258
C2. Các dịch vụ MassHealth (Medicaid) của quý vị ..... 261

D. Các vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc của quý vị cho đến khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc ..... 262

E. Các trường hợp khác khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc ..... 263

F. Quy tắc về không được yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do gì liên quan đến sức khỏe ..... 265

G. Quyền than phiền của quý vị nếu chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi ..... 265

H. Cách nhận thêm thông tin về việc kết thúc tư cách hội viên chương trình của quý vị ..... 265

## A. Khi nào quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên chương trình của chúng tôi

Vì có Medicare và Medicaid (MassHealth), quý vị có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi bằng cách ghi danh tham gia một chương trình khác đài thọ cho tất cả các quyền lợi của quý vị, được gọi là Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Đủ Điều Kiện Kép (D-SNP). Quý vị có thể ghi danh tham gia một D-SNP khác bất cứ lúc nào trong năm.

Khi quý vị ghi danh tham gia một D-SNP khác, tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ tự động kết thúc. Quý vị không cần gọi điện để hủy ghi danh.

Nếu muốn chuyển sang một loại bảo hiểm khác, quý vị có thể kết thúc tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi vào các thời điểm sau đây mỗi năm:

- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở**, kéo dài từ **ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12**. Nếu quý vị chọn một chương trình mới trong thời gian này, tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi sẽ kết thúc vào ngày 31 tháng 12 và tư cách hội viên của quý vị trong chương trình mới bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.

- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage (MA),** kéo dài từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 và cũng dành cho những người thụ hưởng Medicare mới đã ghi danh vào một chương trình, từ tháng hưởng quyền lợi Phần A và Phần B cho đến ngày cuối cùng của tháng hưởng quyền lợi thứ 3. Nếu quý vị chọn một chương trình mới trong thời gian này, tư cách thành viên của quý vị trong chương trình mới sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.

Trong một số tình huống khác, quý vị có thể đủ điều kiện thay đổi thông tin ghi danh của mình. Ví dụ: khi:

- quý vị chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi,

- điều kiện để quý vị hưởng MassHealth (Medicaid) hoặc Trợ Giúp Bổ Sung đã thay đổi, **hoặc**

- Nếu gần đây quý vị đã chuyển đến, hiện đang được chăm sóc tại, hoặc vừa mới chuyển ra khỏi một cơ sở điều dưỡng hoặc một bệnh viện chăm sóc dài hạn.

Tư cách hội viên của quý vị kết thúc vào ngày cuối cùng của tháng mà chúng tôi nhận được yêu cầu rời khỏi chương trình của quý vị. Ví dụ: nếu chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị vào ngày 18 tháng 1, bảo hiểm của quý vị với chương trình của chúng tôi sẽ kết thúc vào ngày 31 tháng 1. Nếu quý vị ghi danh vào một chương trình khác, bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo (trong ví dụ này là ngày 1 tháng 2).

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể nhận thông tin về:

- Các lựa chọn Medicare trong bảng ở **Mục C1**.
- Các dịch vụ MassHealth (Medicaid) trong **Mục C2**.

Quý vị có thể nhận thêm thông tin về cách kết thúc tư cách hội viên của mình bằng cách gọi:

- Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số ở cuối trang này. Số dành cho người dùng TTY cũng được liệt kê.
- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP), SHINE, theo số 1-800-243-4636. Người dùng TTY (người khiếm thính, khó nghe hoặc khuyết tật về giọng nói) có thể gọi số 1-800-439-2370.

LƯU Ý: Nếu quý vị đang tham gia chương trình quản lý thuốc (DMP), quý vị có thể không thay đổi được chương trình. Tham khảo **Chương 5** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết thông tin về các chương trình quản lý thuốc.

## B. Cách kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu quý vị quyết định kết thúc tư cách thành viên của mình, quý vị có thể kết thúc bằng cách ghi danh vào một chương trình Medicare khác hoặc chuyển sang Original Medicare. Tuy nhiên, nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang Original Medicare mà không chọn một chương trình thuốc Medicare riêng biệt, quý vị phải yêu cầu được hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể yêu cầu để được hủy ghi danh khỏi chương trình theo hai cách:

- Quý vị có thể gửi văn bản yêu cầu cho chúng tôi. Liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số điện thoại ở cuối trang này nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện việc này.
- Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY (những người gặp khó khăn về nghe hoặc nói) xin gọi số 1-877-486-2048. Khi quý vị gọi số 1-800-MEDICARE, quý vị cũng có thể ghi danh vào một chương trình thuốc hoặc bảo hiểm sức khỏe khác của Medicare. Thông tin thêm về việc nhận các dịch vụ Medicare của quý vị khi quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi có trong bảng trên các trang 252-255.
- **Mục C** dưới đây bao gồm các bước mà quý vị có thể thực hiện để ghi danh vào một chương trình khác, cũng sẽ kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

## C. Cách nhận riêng các dịch vụ Medicare và MassHealth (Medicaid)

Quý vị có các lựa chọn về việc nhận các dịch vụ Medicare và MassHealth (Medicaid) nếu quý vị chọn rời khỏi chương trình của chúng tôi.

### C1. Các dịch vụ Medicare của quý vị

Quý vị có ba tùy chọn để nhận các dịch vụ Medicare được liệt kê bên dưới bất kỳ tháng nào trong năm. Quý vị có một lựa chọn bổ sung được liệt kê bên dưới vào những thời điểm nhất định trong năm, bao gồm **Giai Đoạn Ghi Danh Mở** và **Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage** hoặc các trường hợp khác được mô tả trong **Mục A**. Bằng cách chọn một trong các lựa chọn này, quý vị sẽ tự động kết thúc tư cách hội viên của mình trong chương trình của chúng tôi.

| **1. Quý vị có thể đổi sang:** | **Sau đây là những điều cần làm:** |
|---|---|
| **Một chương trình khác cung cấp quyền lợi và dịch vụ Medicare của quý vị và hầu hết hoặc tất cả các quyền lợi và dịch vụ MassHealth (Medicaid) của quý vị trong một chương trình, còn được gọi là chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép (D-SNP) tích hợp hoặc Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện Cho Người Cao Tuổi (PACE).** | Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi 1-877-486-2048 để ghi danh vào một D-SNP tích hợp mới.<br><br>Nếu có thắc mắc về Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện Cho Người Cao Tuổi (PACE), hãy gọi 1-800-841-2900.<br><br>Nếu quý vị cần được trợ giúp hoặc biết thêm thông tin, hãy:<br><br>• Gọi cho chương trình Phục Vụ Nhu Cầu Bảo Hiểm Y Tế Của Mọi Người (SHINE) theo số 1-800-243-4636. Người dùng TTY có thể gọi 1-800-439-2370. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng SHINE tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.mass.gov/health-insurance-counseling.<br><br>**HOẶC**<br><br>Ghi danh trực tiếp với D-SNP tích hợp mới.<br><br>Quý vị sẽ tự động được hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm chương trình mới của quý vị bắt đầu. |

| | |
|---|---|
| **2. Quý vị có thể đổi sang:**<br><br>**Original Medicare có chương trình thuốc Medicare riêng biệt** | **Sau đây là những điều cần làm:**<br><br>Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048 để ghi danh vào Original Medicare có chương trình thuốc Medicare riêng biệt.<br><br>Nếu quý vị cần được trợ giúp hoặc biết thêm thông tin, hãy:<br><br>• Gọi cho chương trình Phục Vụ Nhu Cầu Bảo Hiểm Y Tế Của Mọi Người (SHINE) theo số 1-800-243-4636. Người dùng TTY xin gọi 1-800-439-2370. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng SHINE tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.mass.gov/health-insurance-counseling.<br><br>**HOẶC**<br><br>Ghi danh vào chương trình thuốc Medicare mới.<br><br>Quý vị sẽ tự động được hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu. |

| | |
|---|---|
| **3. Quý vị có thể đổi sang:**<br><br>**Original Medicare không có chương trình thuốc Medicare riêng biệt nếu quý vị có lý do hủy ghi danh hợp lệ.**<br><br>**LƯU Ý:** Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào chương trình thuốc Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ phi quý vị nói với Medicare rằng quý vị không muốn tham gia.<br><br>Quý vị chỉ nên bỏ bảo hiểm thuốc nếu quý vị có bảo hiểm thuốc từ một nguồn khác, chẳng hạn như chủ lao động hoặc công đoàn. Nếu quý vị có thắc mắc về việc liệu quý vị có cần bảo hiểm thuốc hay không, hãy gọi cho Chương Trình SHINE theo số 1-800-243-4636, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Người dùng TTY nên gọi 1-800-439-2370. Để biết thêm thông tin hoặc tìm văn phòng Chương Trình SHINE tại địa phương trong khu vực của quý vị, vui lòng truy cập www.mass.gov/health-insurance-counseling. | **Sau đây là những điều cần làm:**<br><br>Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048 để ghi danh tham gia Original Medicare.<br><br>Nếu quý vị cần được trợ giúp hoặc biết thêm thông tin, hãy:<br><br>• Gọi cho chương trình Phục Vụ Nhu Cầu Bảo Hiểm Y Tế Của Mọi Người (SHINE) theo số 1-800-243-4636. Người dùng TTY xin gọi 1-800-439-2370.<br><br>Quý vị sẽ tự động được hủy ghi danh khỏi chương trình của chúng tôi khi bảo hiểm Original Medicare của quý vị bắt đầu. |

| | |
|---|---|
| **4. Quý vị có thể đổi sang:**<br><br>**Bất kỳ chương trình sức khỏe nào của Medicare** trong những khoảng thời gian nhất định trong năm, bao gồm cả **Giai Đoạn Ghi Danh Mở** và **Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage** hoặc các trường hợp khác được mô tả trong **Mục A**. | **Sau đây là những điều cần làm:**<br><br>Gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048 để ghi danh tham gia một chương trình Medicare mới.<br><br>Nếu có thắc mắc về Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện Cho Người Cao Tuổi (PACE), hãy gọi 1-800-841-2900.<br><br>Nếu quý vị cần được trợ giúp hoặc biết thêm thông tin, hãy:<br><br>• Gọi cho chương trình Phục Vụ Nhu Cầu Bảo Hiểm Y Tế Của Mọi Người (SHINE) theo số 1-800-243-4636. Người dùng TTY xin gọi 1-800-439-2370.<br><br>**HOẶC**<br><br>Ghi danh vào một chương trình Medicare mới.<br><br>Quý vị sẽ tự động bị hủy ghi danh khỏi chương trình Medicare của chúng tôi khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu. |

## C2. Các dịch vụ MassHealth (Medicaid) của quý vị

Một số người quyết định không tham gia chương trình Lựa Chọn Chăm Sóc Cho Người Cao Tuổi (SCO) có thể tham gia một loại chương trình khác để nhận các quyền lợi Medicare và MassHealth (Medicaid) của họ cùng nhau.

- Nếu quý vị từ 55 tuổi trở lên, quý vị có thể đủ điều kiện ghi danh vào Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện dành cho Người Cao Tuổi (PACE) (áp dụng các tiêu chí bổ sung). PACE giúp người cao tuổi ở lại cộng đồng thay vì nhận dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng.

Để tìm hiểu về các chương trình PACE và liệu quý vị có thể tham gia chương trình nào hay không, vui lòng gọi Chương Trình SHINE (Phục Vụ Nhu Cầu Bảo Hiểm Y Tế của Mọi Người) theo số 1-800-243-4636. Người dùng TTY xin gọi 1-800-439-2370. Tiếp tục nhận các dịch vụ và thuốc Medicare và MassHealth (Medicaid) của quý vị thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc.

## D. Các vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc của quý vị cho đến khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, quý vị có thể phải chờ một thời gian trước khi tư cách hội viên của quý vị kết thúc và bảo hiểm Medicare và MassHealth (Medicaid) mới của quý vị bắt đầu. Trong thời gian này, quý vị tiếp tục nhận được thuốc và dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua chương trình của chúng tôi cho đến khi chương trình mới của quý vị bắt đầu.

- Sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để nhận dịch vụ chăm sóc y tế.
- Sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi, bao gồm thông qua các dịch vụ nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện của chúng tôi để mua thuốc theo toa của quý vị.
- Nếu quý vị nhập viện vào đúng ngày tư cách hội viên NaviCare HMO SNP hoặc NaviCare NHC HMO SNP kết thúc, chương trình của chúng tôi sẽ đài thọ cho thời gian nằm viện của quý vị cho đến khi quý vị xuất viện. Điều này sẽ diễn ra ngay cả khi bảo hiểm y tế mới của quý vị bắt đầu trước khi quý vị xuất viện.

## E. Các trường hợp khác khi tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi kết thúc

Sau đây là những trường hợp chúng tôi phải kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi:

- Nếu có sự gián đoạn trong bảo hiểm Medicare Phần A và Medicare Phần B của quý vị.
- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia MassHealth (Medicaid) và thời hạn xem xét đủ điều kiện của quý vị đã kết thúc. Chương trình của chúng tôi dành cho những người đủ điều kiện nhận cả Medicare và MassHealth (Medicaid). Chúng tôi sẽ tiếp tục tư cách hội viên của quý vị trong thời gian còn lại của tháng mà chúng tôi nhận được thông báo từ MassHealth (Medicaid) về việc quý vị không đủ điều kiện, cùng với một tháng theo lịch bổ sung. Nếu quý vị nhận lại bảo hiểm MassHealth Standard trong thời gian này, chúng tôi sẽ không kết thúc tư cách hội viên của quý vị.
- Nếu quý vị tham gia chương trình Miễn Trừ Dịch Vụ Dựa Vào Cộng Đồng và Tại Nhà (HCBS) của MassHealth, ngoại trừ chương trình Miễn Trừ Dành Cho Người Cao Tuổi Yếu Sức.
- Nếu quý vị cung cấp thông tin gian lận trong mẫu đơn Ghi Danh hoặc cố ý sử dụng sai, hoặc cho phép người khác sử dụng sai thẻ ID hội viên của quý vị.
- Nếu quý vị chọn một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc theo toa
- Nếu quý vị ghi danh vào Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện dành cho Người Cao Tuổi (PACE).
- Nếu quý vị ghi danh vào một Chương Trình Medicare Advantage khác, hoặc Chương Trình Medicare Phần D.
- Nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị chuyển đến một Cơ Sở Chăm Sóc Trung Gian do Sở Dịch Vụ Phát Triển Massachusetts điều hành.
- Nếu quý vị rời khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi trong hơn sáu tháng.
    - Nếu quý vị chuyển đi hoặc có một chuyến đi dài, vui lòng gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh để tìm hiểu xem liệu nơi quý vị chuyển đến hay đi đến có nằm ở khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi hay không.
- Nếu quý vị đi tù hoặc bị giam giữ vì phạm tội hình sự.
- Nếu quý vị nói dối hay che giấu thông tin về bảo hiểm thuốc khác mà quý vị có. Như đã lưu ý trong **Chương 1**, quý vị không được ghi danh tham gia

chương trình của chúng tôi nếu quý vị có quyền tiếp cận bảo hiểm sức khỏe khác, ngoại trừ Medicare, đáp ứng mức quyền lợi cơ bản theo quy định trong 130 CMR 501.001.

- Nếu quý vị có hoặc nhận bảo hiểm toàn diện khác về thuốc hoặc chăm sóc y tế.
- Nếu quý vị không phải là công dân hoặc người có quốc tịch Hoa Kỳ, hoặc người không phải công dân nhưng đủ điều kiện.
    - Quý vị phải là công dân hoặc người có quốc tịch Hoa Kỳ, hoặc người không phải công dân nhưng đủ điều kiện để trở thành hội viên của chương trình của chúng tôi.
    - Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) thông báo cho chúng tôi nếu quý vị không đủ điều kiện để tiếp tục là hội viên trên cơ sở này.
    - Chúng tôi phải hủy ghi danh nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

Nếu quý vị mất tình trạng đủ điều kiện hưởng MassHealth (Medicaid) nhưng có thể được kỳ vọng sẽ lấy lại tư cách trong vòng 30 ngày, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi được Medicare và MassHealth (Medicaid) đài thọ. Trong thời gian này, chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị lấy lại tình trạng đủ điều kiện hưởng MassHealth (Medicaid). Nếu quý vị không thể lấy lại MassHealth (Medicaid) trong vòng 30 ngày, chúng tôi sẽ hủy ghi danh quý vị khỏi NaviCare HMO SNP hoặc NaviCare NHC HMO SNP. Nếu quý vị lấy lại tình trạng đủ điều kiện hưởng MassHealth (Medicaid) sau khi bị hủy ghi danh, quý vị sẽ cần liên hệ với chúng tôi để ghi danh lại vào chương trình.

Chúng tôi chỉ có thể buộc quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì những lý do sau nếu chúng tôi nhận được sự cho phép trước từ Medicare và MassHealth (Medicaid):

- Nếu quý vị cố ý cung cấp thông tin không chính xác khi ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi và thông tin đó ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện của quý vị để tham gia chương trình của chúng tôi.
- Nếu quý vị liên tục hành xử theo cách gây ảnh hưởng và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị cũng như các hội viên khác trong chương trình của chúng tôi.
- Nếu quý vị cho một người khác sử dụng Thẻ ID Hội Viên của mình để nhận được chăm sóc y tế. (Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh Tra điều tra trường hợp của quý vị nếu chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị vì lý do này).

## F. Quy tắc về không được yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do gì liên quan đến sức khỏe

Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do nào liên quan đến sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì một lý do liên quan đến sức khỏe, **vui lòng gọi cho Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

## G. Quyền than phiền của quý vị nếu chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

Nếu chúng tôi kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi phải thông báo cho quý vị biết lý do bằng văn bản về việc kết thúc tư cách hội viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải giải thích cách quý vị có thể nộp đơn phàn nàn hoặc than phiền về quyết định của chúng tôi trong việc kết thúc tư cách hội viên của quý vị. Quý vị cũng có thể tham khảo **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết thông tin về cách thực hiện than phiền.

## H. Cách nhận thêm thông tin về việc kết thúc tư cách hội viên chương trình của quý vị

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn biết thêm thông tin về việc kết thúc tư cách hội viên của mình, quý vị có thể gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh theo số điện thoại ở cuối trang này.

# Chương 11: Thông báo pháp lý

## Giới thiệu

Chương này bao gồm các thông báo pháp lý áp dụng cho tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Các thuật ngữ chính và định nghĩa của chúng được cung cấp theo thứ tự bảng chữ cái trong chương cuối cùng của *Sổ Tay Hội Viên* này.

## Mục lục

A. Thông báo về các luật ..... 267

B. Thông báo về không phân biệt đối xử ..... 267

C. Thông báo về Medicare là bên thanh toán thứ hai và MassHealth (Medicaid) là bên thanh toán cuối cùng ..... 267

## A. Thông báo về các luật

Có nhiều đạo luật áp dụng đối với *Sổ Tay Hội Viên* này. Những luật này có thể ảnh hưởng đến các quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi các luật đó không được đưa vào hoặc được giải thích trong *Sổ Tay Hội Viên* này. Các luật chính được áp dụng là luật liên bang về các chương trình Medicare và MassHealth (Medicaid). Các luật khác của liên bang và tiểu bang cũng có thể được áp dụng.

## B. Thông báo về không phân biệt đối xử

Chúng tôi không phân biệt đối xử hoặc đối xử khác biệt với quý vị vì chủng tộc, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, tình trạng khuyết tật về hành vi hoặc thể chất, tình trạng sức khỏe, kinh nghiệm yêu cầu bảo hiểm, tiền sử y tế, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng bảo hiểm hoặc vị trí địa lý ở khu vực dịch vụ.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc lo ngại về phân biệt đối xử hoặc đối xử không công bằng:

- Gọi cho Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh, Văn Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY có thể gọi số 1-800-537-7697. Quý vị cũng có thể truy cập www.hhs.gov/ocr để biết thêm thông tin.
- Gọi cho Văn Phòng Dân Quyền tại địa phương của quý vị:

  U.S. Department of Health and Human Services Government Center
  J.F. Kennedy Federal Building - Room 1875
  Boston, MA 02203
  Điện thoại: 1-800-368-1019 Số fax: 1-202-619-3818
  TDD: 1-800-537-7697
  Email: OCRComplaint@hhs.gov
- Nếu quý vị bị khuyết tật và cần trợ giúp tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp, vui lòng gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh. Nếu quý vị có than phiền, chẳng hạn như vấn đề về lối ra vào cho xe lăn, Phòng Dịch Vụ Ghi Danh có thể trợ giúp.

## C. Thông báo về Medicare là bên thanh toán thứ hai và MassHealth (Medicaid) là bên thanh toán cuối cùng

Đôi khi, một bên khác phải thanh toán trước tiên cho các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho quý vị. Ví dụ: nếu quý vị gặp tai nạn xe hơi hoặc nếu quý vị bị thương tại nơi làm việc, bảo hiểm hoặc Bồi Thường Cho Người Lao Động phải thanh toán trước tiên.

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu tiền cho các dịch vụ được Medicare đài thọ để Medicare không phải là bên thanh toán đầu tiên.

Chúng tôi tuân thủ luật pháp và quy định của liên bang và tiểu bang liên quan đến trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba về dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho các hội viên. Chúng tôi thực hiện tất cả các biện pháp hợp lý để bảo đảm rằng MassHealth (Medicaid) là bên thanh toán cuối cùng.

# Chương 12: Định nghĩa của các từ quan trọng

## Giới thiệu

Chương này bao gồm các thuật ngữ chính được sử dụng xuyên suốt *Sổ Tay Hội Viên* này với các định nghĩa của các thuật ngữ đó. Các thuật ngữ được liệt kê theo thứ tự bảng chữ cái. Nếu quý vị không tìm thấy thuật ngữ mà mình đang cần hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin ngoài phần định nghĩa, vui lòng liên hệ với Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.

**Bác Sĩ Chuyên Khoa:** Bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đối với một bệnh hoặc bộ phận cụ thể trên cơ thể.

**Bệnh nhân nội trú:** Một thuật ngữ được sử dụng khi quý vị chính thức nhập viện để nhận các dịch vụ y tế chuyên môn. Nếu quý vị không chính thức nhập viện, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú thay vì bệnh nhân nội trú ngay cả khi quý vị ở lại qua đêm.

**Biệt dược:** Thuốc được sản xuất và bán bởi công ty sản xuất thuốc ban đầu. Biệt dược có thành phần giống như các phiên bản thuốc gốc.

Bởi vì chúng tôi trả toàn bộ chi phí cho các dịch vụ của quý vị nên quý vị **không** nợ bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào. Các nhà cung cấp không nên lập hóa đơn cho quý vị bất cứ khoản tiền nào đối với các dịch vụ này.

**Các dịch vụ được Medicare đài thọ:** Các dịch vụ được Medicare Phần A và Medicare Phần B đài thọ. Tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare, bao gồm cả chương trình của chúng tôi, phải đài thọ tất cả các dịch vụ được Medicare Phần A và Medicare Phần B đài thọ.

**Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS):** Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn giúp cải thiện bệnh trạng lâu dài. Hầu hết các dịch vụ này giúp quý vị ở trong nhà để quý vị không phải đến cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện. LTSS bao gồm các Dịch Vụ và Cơ Sở Điều Dưỡng tại Cộng Đồng (NF).

**Các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL):** Những việc mọi người làm vào một ngày bình thường, chẳng hạn như ăn uống, sử dụng nhà vệ sinh, mặc quần áo, tắm rửa hoặc đánh răng.

**Cần thiết về mặt y tế:** Mục này mô tả các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc mà quý vị cần để ngăn ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị một bệnh trạng hoặc để duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị. Điều này bao gồm dịch vụ chăm sóc giúp quý vị không phải đến bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng. Điều đó cũng có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận trong thực hành y khoa. Ngoài ra, một dịch vụ được coi là cần thiết về mặt y tế nếu dịch vụ đó có thể giúp quý vị khỏe hơn, giữ nguyên hoặc cải thiện sức khỏe hoặc hoạt động hàng ngày của quý vị, hoặc ngăn ngừa sức khỏe hoặc chức năng của quý vị trở nên tồi tệ hơn nếu việc chăm sóc bị trì hoãn, giảm hoặc không được cung cấp.
có thể sử dụng, đây thường là khu vực nơi quý vị có thể nhận các dịch vụ thông thường (không cấp cứu). Chỉ những người sống ở khu vực dịch vụ của chúng tôi mới có thể đăng ký tham gia chương trình của chúng tôi.

**Công Cụ Quyền Lợi Thực Tế:** Cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính trong đó người ghi danh có thể tra cứu thông tin quyền lợi và thuốc được đài thọ đầy đủ, chính xác, kịp thời, phù hợp về mặt lâm sàng, dành riêng cho người ghi danh. Điều này bao gồm số tiền chia sẻ chi phí, thuốc thay thế có thể được sử dụng cho cùng một tình trạng sức khỏe như một thuốc nhất định và các hạn chế bảo hiểm (cho phép trước, quy trình điều trị theo từng bước, giới hạn số lượng) áp dụng cho các thuốc thay thế.

**Cơ Quan Thanh Tra:** Văn phòng trong tiểu bang của quý vị hoạt động như người đại diện bảo vệ quyền lợi cho quý vị. Họ có thể giải đáp các câu hỏi nếu quý vị gặp vấn đề hoặc có khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu mình phải làm gì. Các dịch vụ của thanh tra viên là miễn phí. Quý vị có thể tìm thêm thông tin trong **Chương 2 và 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

**Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF):** Cơ sở điều dưỡng với đội ngũ nhân viên và thiết bị để cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn và, trong hầu hết các trường hợp, các dịch vụ phục hồi chức năng chuyên môn và các dịch vụ y tế liên quan khác.

**Cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (CORF):** Cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi bị bệnh, tai nạn hoặc phẫu thuật lớn. Cơ sở này cung cấp nhiều dịch vụ khác nhau, bao gồm trị liệu vật lý, dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, liệu pháp hô hấp, trị liệu hoạt động chức năng, trị liệu âm ngữ và các dịch vụ đánh giá môi trường gia đình.

**Chăm sóc cần thiết khẩn cấp:** Dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được khi bị ốm, thương tích hoặc tình trạng bất ngờ không phải là trường hợp cấp cứu nhưng cần được chăm sóc ngay. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc khẩn cấp từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới khi quý vị không thể đến được do yếu tố thời gian, địa điểm hoặc hoàn cảnh — tức là không khả thi hoặc không hợp lý để nhận dịch vụ từ các nhà cung cấp trong mạng lưới (ví dụ: khi quý vị đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và cần dịch vụ y tế ngay lập tức, cần thiết về mặt y tế cho một tình trạng bất ngờ nhưng không phải là cấp cứu y tế).

**Chăm sóc cấp cứu:** Các dịch vụ được đài thọ do nhà cung cấp được đào tạo để cung cấp các dịch vụ cấp cứu và cần thiết để điều trị trường hợp cấp cứu về y tế hoặc sức khỏe hành vi.

**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 chuyên môn. Ví dụ về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn bao gồm vật lý trị liệu hoặc tiêm tĩnh mạch (IV) mà y tá hoặc bác sĩ đã đăng ký có thể cung cấp.

**Cho phép trước (PA):** Sự chấp thuận mà quý vị phải nhận từ chúng tôi trước khi quý vị có thể nhận một dịch vụ hoặc thuốc cụ thể hoặc sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Chương trình của chúng tôi có thể không đài thọ dịch vụ hoặc thuốc nếu quý vị không nhận được chấp thuận trước.

Chương trình của chúng tôi chỉ đài thọ một số dịch vụ y tế trong mạng lưới nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới khác nhận được PA từ chúng tôi.

- Các dịch vụ được đài thọ cần PA trong chương trình của chúng tôi được đánh dấu ở **Chương 4** của *Sổ Tay Hội Viên.*

Chương trình của chúng tôi chỉ đài thọ một số loại thuốc nếu quý vị nhận PA từ chúng tôi.

- Các thuốc được đài thọ cần PA trong chương trình của chúng tôi được đánh dấu trong *Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* và các quy tắc được đăng trên trang web của chúng tôi.

**Chương trình bảo hiểm sức khỏe:** Một tổ chức bao gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, nhà cung cấp dịch vụ dài hạn và các nhà cung cấp khác. Tổ chức này cũng có các Điều Hướng Viên giúp quý vị quản lý tất cả các nhà cung cấp, dịch vụ và các hỗ trợ dành cho quý vị. Tất cả đều làm việc cùng nhau để cung cấp dịch vụ chăm sóc mà quý vị cần.

**Chương trình chăm sóc cuối đời:** Một chương trình chăm sóc và hỗ trợ để giúp những người có tiên lượng giai đoạn cuối sống thoải mái. Tiên lượng giai đoạn cuối có nghĩa là một người đã được chứng nhận y tế là bệnh nan y, nghĩa là có tuổi thọ từ 6 tháng trở xuống.

- Người ghi danh có tiên lượng giai đoạn cuối có quyền lựa chọn nhà chăm sóc cuối đời.
- Một đội ngũ chuyên gia và người chăm sóc được đào tạo đặc biệt cung cấp dịch vụ chăm sóc toàn diện, bao gồm các nhu cầu về thể chất, tình cảm, xã hội và tinh thần.
- Chúng tôi được yêu cầu cung cấp cho quý vị danh sách các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời trong khu vực địa lý của quý vị.

**Chương trình chăm sóc hoặc Kế Hoạch Chăm Sóc Cá Nhân Hóa (ICP):** Một chương trình được cá nhân hóa do quý vị và Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành của quý vị xây dựng. Chương trình này liệt kê các nhu cầu, mục tiêu và các dịch vụ, hỗ trợ mà quý vị sẽ nhận được. Quý vị có thể xem xét và cập nhật chương trình chăm sóc của mình bất cứ lúc nào.

**Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (PACE):** Chương trình đài thọ các quyền lợi Medicare và MassHealth (Medicaid) chung cho những người từ 55 tuổi trở lên, những người cần mức độ chăm sóc cao hơn để sống tại nhà.

**Chương trình hỗ trợ thuốc điều trị AIDS (ADAP):** Chương trình giúp các cá nhân đủ điều kiện sống chung với HIV/AIDS có quyền tiếp cận với các loại thuốc điều trị HIV.

**Chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép (D-SNP):** Chương trình bảo hiểm sức khỏe phục vụ những cá nhân hội đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid (Medicaid). Chương trình của chúng tôi là D-SNP.

**Chương Trình Phòng Ngừa Bệnh Tiểu Đường Medicare (MDPP):** Chương trình thay đổi hành vi sức khỏe có cấu trúc cung cấp đào tạo về thay đổi chế độ ăn uống lâu dài, tăng cường hoạt động thể chất và các chiến lược để vượt qua những thách thức để duy trì giảm cân và lối sống lành mạnh.

**Chương Trình Quản Lý Thuốc (DMP):** Một chương trình giúp đảm bảo các hội viên sử dụng an toàn opioid theo toa và các loại thuốc thường bị lạm dụng khác.

***Danh Sách Thuốc Được Đài Thọ* (*Danh Sách Thuốc*):** Danh sách thuốc theo toa và thuốc không kê toa (OTC) mà chúng tôi đài thọ. Chúng tôi chọn các loại thuốc trong danh sách này với sự giúp đỡ của các bác sĩ và dược sĩ. *Danh Sách Thuốc* cho quý vị biết có bất kỳ quy tắc nào quý vị cần tuân theo để nhận thuốc không. *Danh Sách Thuốc* đôi khi được gọi là "danh mục thuốc".

**Dịch vụ bị loại trừ:** Các dịch vụ không được chương trình bảo hiểm sức khỏe này đài thọ.

**Dịch vụ được đài thọ:** Thuật ngữ chung mà chúng tôi dùng để chỉ tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn, vật tư, thuốc theo toa và thuốc không kê toa, thiết bị và các dịch vụ khác mà chương trình của chúng tôi đài thọ.

**Dịch vụ phòng ngừa:** Chăm sóc sức khỏe để ngăn ngừa bệnh tật hoặc phát hiện bệnh ở giai đoạn đầu, khi điều trị có khả năng hiệu quả nhất (ví dụ: các dịch vụ phòng ngừa bao gồm xét nghiệm Pap, tiêm phòng cúm và chụp quang tuyến vú sàng lọc).

**Dịch vụ phục hồi chức năng:** Phương pháp điều trị mà quý vị nhận được để giúp quý vị phục hồi sau khi bị bệnh, tai nạn hoặc phẫu thuật lớn. Các dịch vụ này bao gồm chăm sóc phục hồi chức năng nội trú, vật lý trị liệu (ngoại trú), trị liệu ngôn ngữ và lời nói và hoạt động trị liệu. Tham khảo **Chương 4** của *Sổ Tay Hội Viên* này để tìm hiểu thêm về các dịch vụ phục hồi chức năng.

**D-SNP tích hợp:** Chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép bao gồm MassHealth (Medicaid) và hầu hết hoặc tất cả các dịch vụ Medicaid trong một chương trình bảo hiểm sức khỏe duy nhất cho một số nhóm cá nhân nhất định đủ điều kiện hưởng cả Medicare và MassHealth (Medicaid). Những cá nhân này được gọi là những cá nhân đủ điều kiện kép toàn quyền lợi.

**Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA):** Đánh giá tiền sử bệnh và tình trạng hiện tại của quý vị. Đánh giá này được sử dụng để tìm hiểu về sức khỏe của quý vị và cách sức khỏe có thể thay đổi trong tương lai.

**Đào tạo năng lực văn hóa:** Đào tạo cung cấp hướng dẫn bổ sung cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi giúp họ hiểu rõ hơn về nền tảng, giá trị và niềm tin của quý vị để điều chỉnh các dịch vụ nhằm đáp ứng nhu cầu xã hội, văn hóa và ngôn ngữ của quý vị.

**Điều Hướng Viên:** Một người chính làm việc với quý vị, với chương trình bảo hiểm sức khỏe và với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị để bảo đảm quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết.

**Điều trị theo từng bước:** Quy tắc bảo hiểm yêu cầu quý vị phải thử một thuốc khác trước khi chúng tôi đài thọ thuốc mà quý vị yêu cầu.

**Giai Đoạn Nhận Quyền Lợi:** Cách mà cả chương trình của chúng tôi và Original Medicare đều tính toán việc sử dụng các dịch vụ bệnh viện và cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF) của quý vị. Thời gian nhận quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị vào viện hoặc vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Giai đoạn nhận quyền lợi kết thúc khi quý vị chưa nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện nội trú nào (hoặc chăm sóc chuyên môn trong SNF) trong vòng 60 ngày liên tục. Nếu quý vị nhập viện hoặc vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau khi giai đoạn nhận quyền lợi kết thúc thì giai đoạn nhận quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Không có định mức đối với số lượng giai đoạn nhận quyền lợi.

**Giấy Giới Thiệu:** Giấy giới thiệu là sự chấp thuận của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) của quý vị để sử dụng một nhà cung cấp khác ngoài PCP của quý vị. Nếu quý vị không nhận được chấp thuận trước, chúng tôi có thể không chi trả cho các dịch vụ. Quý vị không cần giấy giới thiệu để sử dụng một số bác sĩ chuyên khoa nhất định, chẳng hạn như bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về các giấy giới thiệu trong **Chương 3** và **4** của *Sổ Tay Hội Viên* này.

**Giới hạn số lượng:** Giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể có. Chúng tôi có thể giới hạn số lượng thuốc mà chúng tôi đài thọ cho mỗi toa thuốc.

**Hội Đồng Khiếu Nại Medicare (Hội Đồng):** Hội đồng đánh giá khiếu nại cấp 4. Hội Đồng là một bộ phận của Chính quyền liên bang.

**Hội viên (hội viên chương trình của chúng tôi, hoặc hội viên chương trình):** Người có Medicare và Medicaid đủ điều kiện nhận các dịch vụ được đài thọ, người đã ghi danh tham gia chương trình của chúng tôi và việc ghi danh đã được Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) và tiểu bang xác nhận.

**Hủy ghi danh:** Quy trình kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi. Hủy ghi danh có thể là tự nguyện (lựa chọn của quý vị) hoặc không tự nguyện (không phải lựa chọn của quý vị).

**Khiếu nại:** Một cách để quý vị kháng cáo hành động của chúng tôi nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã nhầm lẫn. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bảo hiểm bằng cách nộp đơn khiếu nại. **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này giải thích về khiếu nại, bao gồm cách khiếu nại.

**Khu vực dịch vụ:** Khu vực địa lý nơi một chương trình bảo hiểm sức khỏe chấp nhận các hội viên nếu chương trình giới hạn tư cách hội viên dựa vào nơi mọi người sinh sống. Đối với các chương trình giới hạn các bác sĩ và bệnh viện mà quý vị

**MassHealth (Medicaid):** Chương trình Medicaid của Khối Thịnh Vượng Chung Massachusetts. MassHealth được điều hành bởi tiểu bang và được tiểu bang và chính quyền liên bang chi trả. Chương trình này giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn và chi phí y tế.

- Chương trình bao gồm các dịch vụ bổ sung và một số thuốc không được Medicare đài thọ.
- Các chương trình Medicaid khác nhau giữa các tiểu bang nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được đài thọ nếu quý vị hội đủ điều kiện hưởng cả Medicare và Medicaid.

**Medicaid:** Chương trình do chính quyền liên bang và tiểu bang điều hành nhằm giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế chi trả cho các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn cũng như chi phí y tế.

**Medicare Advantage:** Một chương trình Medicare, còn được gọi là "Medicare Phần C" hoặc "MA", cung cấp các chương trình MA thông qua các công ty tư nhân. Medicare thanh toán cho các công ty này để đài thọ các quyền lợi Medicare của quý vị.

**Medicare Phần A:** Chương trình Medicare đài thọ hầu hết các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn cần thiết về mặt y tế, chăm sóc sức khỏe tại nhà và chăm sóc cuối đời.

**Medicare Phần B:** Chương trình Medicare đài thọ các dịch vụ (chẳng hạn như xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, phẫu thuật và thăm khám bác sĩ) và vật tư (như xe lăn và khung tập đi) cần thiết về mặt y tế để điều trị bệnh hoặc tình trạng. Medicare Phần B cũng đài thọ nhiều dịch vụ phòng ngừa và sàng lọc.

**Medicare Phần C:** Chương trình Medicare, còn được gọi là "Medicare Advantage" hoặc "MA", cho phép các công ty bảo hiểm y tế tư nhân cung cấp các quyền lợi Medicare thông qua Chương trình MA.

**Medicare Phần D:** Chương trình quyền lợi thuốc Medicare. Chúng tôi gọi tắt chương trình này là "Phần D". Medicare Phần D đài thọ cho các loại thuốc điều trị ngoại trú, vắc-xin và một số vật tư không được Medicare Phần A hoặc Medicare Phần B hoặc Medicaid đài thọ. Chương trình của chúng tôi bao gồm Medicare Phần D.

**Medicare:** Chương trình bảo hiểm sức khỏe liên bang dành cho người từ 65 tuổi trở lên, những người dưới 65 tuổi có tình trạng khuyết tật nhất định và người bị bệnh thận giai đoạn cuối (thông thường những người bị suy thận vĩnh viễn cần được lọc máu hoặc ghép thận). Người tham gia Medicare có thể nhận bảo hiểm y tế Medicare của mình thông qua Original Medicare hoặc kế hoạch chăm sóc có quản lý (tham khảo "Chương trình bảo hiểm sức khỏe").

**Người ghi danh Medicare-Medicaid:** Một người đủ điều kiện nhận bảo hiểm Medicare và Medicaid (MassHealth). Người ghi danh Medicare- Medicaid còn được gọi là "cá nhân đủ điều kiện kép".

**Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP):** Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị sử dụng đầu tiên cho hầu hết các vấn đề sức khỏe. Họ bảo đảm quý vị nhận được sự chăm sóc cần thiết để giữ gìn sức khỏe.

- Họ cũng có thể trao đổi với các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về việc chăm sóc của quý vị và giới thiệu quý vị đến gặp họ.
- Trong nhiều chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình trước khi sử dụng bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.
- Tham khảo **Chương 3** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết thông tin về việc nhận dịch vụ chăm sóc từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính.

**Nhà cung cấp ngoài mạng lưới hoặc cơ sở ngoài mạng lưới:** Nhà cung cấp hoặc cơ sở không được chương trình của chúng tôi thuê, sở hữu hoặc điều hành và không có hợp đồng để cung cấp các dịch vụ được đài thọ cho các hội viên chương trình của chúng tôi. **Chương 3** của *Sổ Tay Hội Viên* này giải thích về các nhà cung cấp hoặc cơ sở ngoài mạng lưới.

**Nhà cung cấp trong mạng lưới:** "Nhà cung cấp" là thuật ngữ chung mà chúng tôi dùng cho bác sĩ, y tá và những người khác cung cấp dịch vụ và chăm sóc cho quý vị. Thuật ngữ này cũng bao gồm bệnh viện, các cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà phòng khám và những nơi khác cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thiết bị y tế cũng như các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn.

- Các dịch vụ này được Medicare và tiểu bang cấp phép hoặc chứng nhận để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Chúng tôi gọi đó là "các nhà cung cấp trong mạng lưới" khi họ đồng ý làm việc với chương trình bảo hiểm sức khỏe của chúng tôi, chấp nhận thanh toán của chúng tôi và không tính thêm phí hội viên.
- Khi quý vị là hội viên chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận các dịch vụ được đài thọ. Nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là "nhà cung cấp của chương trình".

**Nhà hoặc cơ sở điều dưỡng:** Nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người không thể nhận dịch vụ chăm sóc tại nhà nhưng không cần phải ở bệnh viện.

**Nhà thuốc ngoài mạng lưới:** Nhà thuốc chưa đồng ý hợp tác với chương trình của chúng tôi để điều phối hoặc cung cấp thuốc được đài thọ cho các hội viên chương trình của chúng tôi. Chương trình của chúng tôi không đài thọ hầu hết các loại thuốc quý vị nhận được từ các nhà thuốc ngoài mạng lưới trừ phi áp dụng một số điều kiện nhất định.

**Nhà thuốc trong mạng lưới:** Một nhà thuốc (cửa hàng thuốc) đã đồng ý mua thuốc theo toa cho các hội viên chương trình của chúng tôi. Chúng tôi gọi đó là "các nhà thuốc trong mạng lưới" vì họ đồng ý hợp tác với chương trình của chúng tôi. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi chỉ đài thọ thuốc theo toa của quý vị khi được mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

**Nhóm chăm sóc hoặc Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành (ICT):** Một nhóm bao gồm quý vị, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) và Điều Hướng Viên của quý vị. Nhóm này phối hợp với nhau để điều phối việc chăm sóc cho quý vị và giúp quý vị đạt được các mục tiêu của mình.

**Nhóm y tế:** Mạng lưới bác sĩ hợp tác để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Các bác sĩ này có thể làm việc trong cùng một văn phòng hoặc ở nhiều địa điểm, chia sẻ hồ sơ và hệ thống văn phòng để bảo đảm khả năng phối hợp chăm sóc. Nhóm y tế có thể là chuyên khoa hoặc đa khoa, họ có thể hoạt động độc lập hoặc là một phần của hệ thống chăm sóc sức khỏe lớn hơn. Nhóm y tế làm việc với các chương trình bảo hiểm sức khỏe để phục vụ các hội viên

chương trình, xác định cách thức cung cấp dịch vụ chăm sóc và quản lý việc giới thiệu đến các bác sĩ chuyên khoa trong nhóm. Cấu trúc này tạo nên một hệ thống tích hợp hơn cho quá trình chăm sóc bệnh nhân, nâng cao tính hiệu quả và chất lượng của dịch vụ.

**Original Medicare (Medicare truyền thống hoặc Medicare tính phí theo dịch vụ):** Chính phủ cung cấp Original Medicare. Theo Original Medicare, các dịch vụ được đài thọ bằng cách thanh toán cho bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác các khoản tiền mà Quốc Hội quyết định.

- Quý vị có thể sử dụng bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chấp nhận Medicare. Medicare có hai phần: Medicare Phần A (bảo hiểm bệnh viện) và Medicare Phần B (bảo hiểm y tế).
- Original Medicare có sẵn ở mọi nơi tại Hoa Kỳ.
- Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị có thể chọn Original Medicare.

**Phàn nàn:** Than phiền quý vị đưa ra về chúng tôi hoặc một trong những nhà cung cấp hoặc nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Điều này bao gồm than phiền về chất lượng chăm sóc của quý vị hoặc chất lượng dịch vụ do chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị cung cấp.

**Phần A:** Tham khảo "Medicare Phần A".

**Phần B:** Tham khảo "Medicare Phần B."

**Phần C:** Tham khảo "Medicare Phần C."

**Phần D:** Tham khảo "Medicare Phần D."

**Phiên điều trần cấp tiểu bang:** Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của quý vị yêu cầu dịch vụ MassHealth (Medicaid) mà chúng tôi không chấp thuận hoặc chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho dịch vụ Medicaid mà quý vị đã có, quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Nếu Phiên điều trần cấp tiểu bang được quyết định có lợi cho quý vị, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị dịch vụ mà quý vị yêu cầu.

**Phòng Dịch Vụ Ghi Danh:** Một phòng ban trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm trả lời các thắc mắc của quý vị về tư cách hội viên, quyền lợi, phàn nàn và khiếu nại. Tham khảo **Chương 2** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết thêm thông tin về Phòng Dịch Vụ Ghi Danh.

**Quản Lý Trị Liệu Bằng Thuốc (MTM):** Chương trình Medicare Phần D dành cho các nhu cầu sức khỏe phức tạp được cung cấp cho những người đáp ứng các yêu cầu nhất định hoặc đang tham gia Chương Trình Quản Lý Thuốc. Các dịch vụ MTM thường bao gồm một

cuộc thảo luận với dược sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xem xét thuốc. Vui lòng tham khảo **Chương 5** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết thêm thông tin.

**Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt Cho Người Mắc Bệnh Mạn Tính (SSBCI):** Các quyền lợi này được thiết kế để giải quyết các nhu cầu cụ thể của những cá nhân có nguy cơ nhập viện cao hoặc các kết quả sức khỏe bất lợi và có thể bao gồm các dịch vụ hoặc vật dụng không liên quan đến sức khỏe có kỳ vọng hợp lý về việc cải thiện hoặc duy trì sức khỏe hoặc chức năng tổng thể của hội viên.

**Quyết định bảo hiểm:** Quyết định về những quyền lợi mà chúng tôi đài thọ. Điều này bao gồm các quyết định về thuốc và dịch vụ được đài thọ hoặc số tiền chúng tôi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này giải thích cách yêu cầu chúng tôi về quyết định bảo hiểm.

**Quyết định của tổ chức:** Chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định của tổ chức khi chúng tôi hoặc một trong các nhà cung cấp của chúng tôi quyết định xem liệu các dịch vụ có được đài thọ hay không hoặc quý vị trả bao nhiêu cho các dịch vụ được đài thọ. Quyết định của tổ chức được gọi là "quyết định bảo hiểm". **Chương 9** của *Sổ Tay Hội Viên* này giải thích các quyết định bảo hiểm.

**Sản phẩm sinh học gốc:** Một sản phẩm sinh học đã được FDA chấp thuận và đóng vai trò so sánh cho các nhà sản xuất tạo ra một phiên bản sinh học tương tự. Đây còn được gọi là sản phẩm tham khảo.

**Sản phẩm sinh học:** Một loại thuốc được làm từ các nguồn tự nhiên và sống như tế bào động vật, tế bào thực vật, vi khuẩn hoặc nấm men. Các sản phẩm sinh học phức tạp hơn các loại thuốc khác và không thể sao chép chính xác, vì vậy các dạng thay thế được gọi là thuốc sinh học tương tự. (Xem thêm "Sản phẩm sinh học gốc" và "Thuốc sinh học tương tự").

***Sổ Tay Hội Viên* và thông tin tiết lộ:** Tài liệu này, cùng với mẫu đơn ghi danh của quý vị và bất kỳ tài liệu đính kèm nào khác, hoặc các điều khoản bổ sung, giải thích về bảo hiểm của quý vị, những việc chúng tôi phải làm, quyền lợi của quý vị và những việc quý vị phải làm khi là hội viên chương trình của chúng tôi.

**Sức khỏe hành vi:** Thuật ngữ bao hàm tất cả đề cập đến sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất kích thích.

**Tổ chức cải thiện chất lượng (QIO):** Một nhóm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Chính phủ liên bang trả tiền cho QIO để kiểm tra và cải thiện việc chăm sóc bệnh nhân. Tham khảo **Chương 2** của *Sổ Tay Hội Viên* này để biết thông tin về QIO.

**Tổ chức đánh giá độc lập (IRO):** Một tổ chức độc lập do Medicare thuê để đánh giá khiếu nại cấp 2. Tổ chức này không được kết nối với chúng tôi và không phải là một cơ quan

của chính quyền. Tổ chức này quyết định xem quyết định chúng tôi đưa ra là đúng hay nên thay đổi.

Medicare giám sát công việc của mình. Tên chính thức là **Thực Thể Đánh Giá Độc Lập**.

**Than phiền:** Tuyên bố bằng văn bản hoặc bằng lời nói cho biết rằng quý vị có vấn đề hoặc lo ngại về các dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc được đài thọ của quý vị. Điều này bao gồm bất kỳ mối lo ngại nào về chất lượng dịch vụ, chất lượng chăm sóc của quý vị, các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi. Tên chính thức của "nộp đơn than phiền" là "nộp đơn phàn nàn".

**Thanh toán không đúng/không phù hợp:** Tình huống khi một nhà cung cấp (ví dụ như bác sĩ hoặc bệnh viện) lập hóa đơn cho quý vị nhiều hơn khoản chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ. Gọi cho Phòng Dịch Vụ Ghi Danh nếu quý vị nhận được bất kỳ hóa đơn nào mà quý vị không hiểu.

**Thẩm phán luật hành chính:** Thẩm phán đánh giá khiếu nại cấp 3.

**Thiết bị giả và thiết bị chỉnh hình:** Các thiết bị y tế do bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị yêu cầu bao gồm nhưng không giới hạn ở nẹp cánh tay, lưng và cổ; chân tay giả; mắt nhân tạo; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận hoặc chức năng bên trong cơ thể, bao gồm vật tư hậu môn nhân tạo và liệu pháp dinh dưỡng qua đường ruột và ngoài đường ruột.

**Thiết bị y tế lâu bền (DME):** Một số vật dụng nhất định mà bác sĩ của quý vị yêu cầu sử dụng tại nhà riêng của quý vị. Ví dụ về các vật dụng này là xe lăn, nạng, hệ thống nệm điện, vật tư cho bệnh tiểu đường, giường bệnh viện được nhà cung cấp kê toa để sử dụng tại nhà, bơm truyền IV, thiết bị tạo lời nói, thiết bị cung cấp oxy và vật tư, máy xông khí dung và khung tập đi.

**Thông tin sức khỏe cá nhân (còn gọi là Thông tin sức khỏe được bảo vệ) (PHI):** Thông tin về quý vị và sức khỏe của quý vị, chẳng hạn như tên, địa chỉ, số an sinh xã hội, các lần thăm khám của bác sĩ và tiền sử y tế. Tham khảo Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư của chúng tôi để biết thêm thông tin về cách chúng tôi bảo vệ, sử dụng và tiết lộ PHI cũng như các quyền của quý vị đối với PHI của quý vị.

**Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI):** Trợ cấp hàng tháng mà Cơ Quan An Sinh Xã Hội trả cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế, người khuyết tật, khiếm thị hoặc từ 65 tuổi trở lên. Quyền lợi SSI không giống như quyền lợi An Sinh Xã Hội.

**Thuốc được đài thọ:** Thuật ngữ chúng tôi dùng để đề cập tới tất cả các thuốc theo toa và thuốc không kê toa (OTC) được chương trình của chúng tôi đài thọ.
Thuốc gốc thường được sản xuất và bán bởi các công ty dược phẩm khác và thường không có sẵn cho đến khi bằng sáng chế về biệt dược kết thúc.

**Thuốc gốc:** Loại thuốc được FDA chấp thuận để sử dụng thay cho biệt dược. Thuốc gốc có các thành phần tương tự như biệt dược. Thuốc này thường rẻ hơn và hoạt động tốt như biệt dược.

**Thuốc không kê toa (OTC):** Thuốc không kê toa là thuốc hoặc dược phẩm mà một người có thể mua mà không cần toa của chuyên gia chăm sóc sức khỏe.

**Thuốc Medicare Phần D:** Các thuốc được đài thọ theo Medicare Phần D. Quốc hội đặc biệt loại trừ một số loại thuốc nhất định khỏi bảo hiểm theo Medicare Phần D. Medicaid có thể đài thọ một số thuốc này.

**Thuốc Phần D:** Tham khảo "Các thuốc Medicare Phần D".

**Thuốc sinh học tương tự có thể thay thế được cho nhau:** Một loại thuốc sinh học có thể được thay thế tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới vì thuốc này đáp ứng các yêu cầu bổ sung về khả năng thay thế tự động. Việc thay thế tự động tại nhà thuốc phải tuân theo luật tiểu bang.

**Thuốc sinh học tương tự:** Sản phẩm sinh học rất giống, nhưng không giống hệt, với sản phẩm sinh học gốc. Thuốc sinh học tương tự an toàn và hiệu quả như sản phẩm sinh học gốc. Một số thuốc sinh học tương tự có thể được thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới. (Xem "Thuốc sinh học tương tự có thể thay thế được cho nhau").

**Trợ cấp cho người có thu nhập thấp (LIS):** Tham khảo "Trợ Giúp Bổ Sung".

**Trợ Giúp Bổ Sung:** Chương trình Medicare giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế giảm chi phí thuốc Medicare Phần D, chẳng hạn như phí bảo hiểm, các khoản khấu trừ và tiền đồng trả. Trợ Giúp Bổ Sung còn được gọi là “Trợ Cấp Cho Người Có Thu Nhập Thấp” hoặc “LIS”.

**Trợ lý hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà:** Người cung cấp các dịch vụ không cần các kỹ năng của y tá hoặc nhà trị liệu được cấp phép, chẳng hạn như trợ giúp chăm sóc cá nhân (như tắm, sử dụng phòng vệ sinh, mặc quần áo hoặc thực hiện các bài tập được kê). Trợ lý hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại nhà không có giấy phép điều dưỡng hoặc cung cấp trị liệu.

**Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS):** Cơ quan liên bang phụ trách Medicare. **Chương 2** của *Sổ Tay Hội Viên* này giải thích cách liên hệ với CMS.

**Trung tâm phẫu thuật ngoại trú:** Cơ sở cung cấp dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho những bệnh nhân không cần chăm sóc tại bệnh viện và những người không cần chăm sóc quá 24 giờ.

**Trường hợp cấp cứu:** Trường hợp cấp cứu y tế khi quý vị hoặc bất kỳ người nào khác có kiến thức trung bình về sức khỏe và y tế tin rằng quý vị có các triệu chứng y khoa cần được chăm sóc y tế ngay lập tức nhằm ngăn ngừa tử vong, mất một bộ phận cơ thể hoặc mất hoặc

suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh tật, thương tích, đau dữ dội hoặc bệnh trạng nhanh chóng chuyển biến xấu.

**Trường hợp ngoại lệ:** Cho phép nhận bảo hiểm đối với một loại thuốc thường không được đài thọ hoặc sử dụng thuốc đó mà không có các quy tắc và giới hạn nhất định.

## Phòng Dịch Vụ Ghi Danh NaviCare HMO SNP/NaviCare NHC HMO SNP

| | |
|---|---|
| **GỌI** | 1-877-700-6996<br>Đây là số điện thoại miễn phí.<br>8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu<br>(7 ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến hết ngày 31 tháng 3)<br>Phòng Dịch Vụ Ghi Danh cũng có các dịch vụ phiên dịch ngôn ngữ miễn phí. |
| **TTY** | 711<br>Đây là số điện thoại miễn phí.<br>8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu<br>(7 ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến hết ngày 31 tháng 3) |
| **FAX** | 1-508-368-9013 |
| **VIẾT THƯ** | NaviCare Enrollee Services<br>Fallon Health<br>1 Mercantile St., Suite 400<br>Worcester, MA 01608 |
| **TRANG WEB** | fallonhealth.org/navicare |

## Phục Vụ Nhu Cầu Bảo Hiểm Y Tế Của Mọi Người (SHINE) (SHIP của Massachusetts)

SHINE là một chương trình của tiểu bang nhận tiền từ chính quyền Liên Bang để cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm y tế miễn phí tại địa phương cho những người có Medicare.

| | |
|---|---|
| **GỌI** | 1-800-243-4636 |
| **TTY** | 1-800-439-2370 *(chỉ ở Massachusetts)*<br>Số điện thoại này dành cho những người bị khó nghe hoặc khó nói.<br>Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi đến số này. |
| **VIẾT THƯ** | SHINE Program<br>Executive Office of Elder Affairs<br>One Ashburton Place, 3rd floor<br>Boston, MA 02108 |
| **TRANG WEB** | www.mass.gov/health-insurance-counseling |

***Tuyên Bố về Tiết Lộ Thông Tin theo Đạo Luật về Giảm Bớt Thủ Tục Giấy Tờ (PRA)*** *Theo Đạo Luật Giảm Bớt Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không người nào phải trả lời một bản thu thập thông tin trừ khi trên bản đó có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ của bản thu thập thông tin này là 0938-1444. Nếu quý vị có nhận xét hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, hãy viết thư tới: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*