

# Chứng Thư Bảo Hiểm 2025

---

## Providence Medicare Advantage Dual Plus (HMO D-SNP)

Tài liệu này dành cho các hội viên ở: **Các quận Clackamas, Multnomah, và Washington ở Oregon**

Cảm ơn quý vị đã chọn Chương Trình Providence Medicare Advantage Plans. Chúng tôi rất vui khi quý vị trở thành hội viên của chương trình. Tài liệu này cung cấp thông tin hữu ích về bảo hiểm, quyền lợi và các nguồn lực của chương trình về cách quý vị có thể tận dụng tối đa chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình.

**Quý vị có thắc mắc? Chúng tôi luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị.**

- + Truy cập trang web của chúng tôi tại [ProvidenceHealthAssurance.com](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com)
- + Gọi cho chúng tôi theo số 503-574-8000 (số miễn phí: 1-800-603-2340), từ 8:00 a.m. đến 8:00 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần
- + Quý vị đang sử dụng một thiết bị TTY dành cho người khiếm thính? Gọi cho chúng tôi theo số miễn phí 711

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

## **Chứng Từ Bảo Hiểm:**

### **Quyền Lợi và Dịch Vụ Y Tế Medicare và Bảo Hiểm Thuốc Kê Toa của Quý Vị với Tư Cách là Thành Viên của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)**

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

**Nếu có thắc mắc về tài liệu này, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của chúng tôi theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340. (Người dùng TTY vui lòng gọi 711.) Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần. Cuộc gọi này được miễn phí.**

Chương trình Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) này do Providence Health Assurance cung cấp. (Trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* này, các từ “chúng tôi” hoặc “của chúng tôi” nghĩa là Providence Health Assurance. Các từ “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi” đều được dùng để chỉ Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).)

Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt và tiếng Nga. Thông tin này có sẵn ở nhiều định dạng, bao gồm CD âm thanh, chữ in lớn và chữ nổi Braille.

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

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

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

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

H9047\_2025PD\_PHA856\_C

## Chứng Từ Bảo Hiểm năm 2025

### Mục Lục

<b>CHƯƠNG 1: Bắt đầu với tư cách thành viên .....</b>	<b>5</b>
PHẦN 1 Giới thiệu .....	6
PHẦN 2 Yếu tố nào giúp quý vị hội đủ điều kiện trở thành thành viên của chương trình? .....	8
PHẦN 3 Các tài liệu quan trọng dành cho thành viên mà quý vị sẽ nhận được.....	10
PHẦN 4 Chi phí hàng tháng quý vị phải trả cho Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).....	12
PHẦN 5 Thông tin thêm về phí bảo hiểm hàng tháng.....	15
PHẦN 6 Hãy luôn cập nhật hồ sơ thành viên chương trình của quý vị.....	15
PHẦN 7 Cách các bảo hiểm khác làm việc với chương trình của chúng tôi.....	16
<b>CHƯƠNG 2: Các số điện thoại và nguồn lực quan trọng.....</b>	<b>18</b>
PHẦN 1 Thông tin liên hệ của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) (cách liên hệ với chúng tôi, bao gồm cả cách tiếp cận bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng).....	19
PHẦN 2 Medicare (cách để nhận trợ giúp và thông tin trực tiếp từ chương trình Medicare Liên Bang) .....	24
PHẦN 3 Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (trợ giúp miễn phí, cung cấp thông tin và câu trả lời cho các câu hỏi của quý vị về Medicare).....	25
PHẦN 4 Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng .....	26
PHẦN 5 Sở An Sinh Xã Hội .....	27
PHẦN 6 Oregon Health Plan (Medicaid).....	28
PHẦN 7 Thông tin về các chương trình giúp thanh toán thuốc kê toa.....	30
PHẦN 8 Cách liên hệ với Ban Hưu Trí Hỏa Xa.....	31
PHẦN 9 Quý vị có bảo hiểm nhóm hoặc bảo hiểm y tế khác từ chủ lao động không?.....	32
PHẦN 10 Quý vị có thể nhận hỗ trợ từ dịch vụ Kết Nối Nguồn Lực Dành Cho Người Cao Tuổi và Người Khuyết Tật (ADRC) của Oregon.....	32
<b>CHƯƠNG 3: Sử dụng chương trình cho các dịch vụ y tế của quý vị.....</b>	<b>33</b>
PHẦN 1 Những điều cần biết về việc nhận dịch vụ chăm sóc y tế khi trở thành thành viên của chương trình chúng tôi.....	34
PHẦN 2 Nhận dịch vụ chăm sóc y tế từ các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình.....	36
PHẦN 3 Cách nhận các dịch vụ khi cần chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp hoặc trong trường hợp có thảm họa.....	40

**Mục Lục**

PHẦN 4	Sẽ như thế nào nếu quý vị đã thanh toán trực tiếp toàn bộ chi phí cho các dịch vụ của mình?.....	43
PHẦN 5	Các dịch vụ y tế của quý vị được bao trả như thế nào khi quý vị tham gia nghiên cứu lâm sàng?.....	44
PHẦN 6	Quy tắc nhận chăm sóc trong tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo.....	46
PHẦN 7	Quy tắc sở hữu thiết bị y tế lâu bền .....	47
<b>CHƯƠNG 4: <i>Bảng Quyền Lợi Y Tế (các dịch vụ được bao trả)</i></b> .....		<b>49</b>
PHẦN 1	Hiểu rõ về dịch vụ được bao trả.....	50
PHẦN 2	Sử dụng <i>Bảng Quyền Lợi Y Tế</i> để biết các dịch vụ được bao trả.....	51
PHẦN 3	Những dịch vụ nào được bao trả bên ngoài chương trình Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)? .....	124
PHẦN 4	Những dịch vụ nào không được chương trình bao trả? .....	125
<b>CHƯƠNG 5: <i>Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho thuốc kê toa Part D</i></b> .....		<b>131</b>
PHẦN 1	Giới thiệu .....	133
PHẦN 2	Mua thuốc kê toa tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc thông qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện của chương trình .....	134
PHẦN 3	Thuốc của quý vị cần có trong Danh Sách Thuốc của chương trình .....	137
PHẦN 4	Có các hạn chế về bảo hiểm đối với một số loại thuốc.....	139
PHẦN 5	Điều gì xảy ra nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị muốn được bao trả? .....	140
PHẦN 6	Điều gì xảy ra nếu bảo hiểm của quý vị có sự thay đổi đối với một trong các loại thuốc của quý vị? .....	142
PHẦN 7	Những loại thuốc nào <i>không</i> được chương trình bao trả?.....	145
PHẦN 8	Mua thuốc kê toa.....	146
PHẦN 9	Bảo hiểm thuốc Part D trong các tình huống đặc biệt .....	147
PHẦN 10	Các chương trình về an toàn thuốc và quản lý thuốc.....	148
PHẦN 11	Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị báo cáo giải thích về các khoản thanh toán cho thuốc và giai đoạn thanh toán hiện tại của quý vị.....	151
PHẦN 12	Thông tin quyền lợi bổ sung.....	152
<b>CHƯƠNG 6: <i>Số tiền quý vị thanh toán cho các loại thuốc kê toa Part D</i></b> .....		<b>154</b>
<b>CHƯƠNG 7: <i>Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho hóa đơn mà quý vị nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả</i></b> .....		<b>156</b>
PHẦN 1	Các trường hợp mà quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị .....	157
PHẦN 2	Cách yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị hoặc thanh toán hóa đơn mà quý vị đã nhận được.....	159

**Mục Lục**

PHẦN 3	Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và đưa ra quyết định đồng ý hay không.....	160
<b>CHƯƠNG 8: Quyền và trách nhiệm của quý vị.....</b>		<b>162</b>
PHẦN 1	Chương trình của chúng tôi phải tôn trọng các quyền và sự nhạy cảm về văn hóa của quý vị với tư cách là thành viên của chương trình.....	163
PHẦN 2	Quý vị có một số trách nhiệm với tư cách là thành viên của chương trình.....	172
<b>CHƯƠNG 9: Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại).....</b>		<b>174</b>
PHẦN 1	Giới thiệu .....	175
PHẦN 2	Nơi nhận thêm thông tin và hỗ trợ cá nhân hóa.....	176
PHẦN 3	Để giải quyết vấn đề của quý vị, quý vị nên sử dụng quy trình nào?.....	177
PHẦN 4	Xử lý vấn đề liên quan đến quyền lợi của Medicare .....	177
PHẦN 5	Hướng dẫn những nội dung cơ bản về các quyết định bao trả và kháng cáo.....	178
PHẦN 6	Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo đối với một quyết định bao trả .....	181
PHẦN 7	Thuốc kê toa Part D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo .....	190
PHẦN 8	Cách yêu cầu chúng tôi bao trả thời gian nằm viện nội trú dài hơn nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm .....	199
PHẦN 9	Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả cho một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của mình kết thúc quá sớm.....	204
PHẦN 10	Đưa kháng cáo của quý vị lên Cấp 3 trở lên.....	208
PHẦN 11	Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các vấn đề khác .....	211
PHẦN 12	Xử lý vấn đề liên quan đến quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid).....	214
<b>CHƯƠNG 10: Chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình.....</b>		<b>218</b>
PHẦN 1	Giới thiệu cách chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi .....	219
PHẦN 2	Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi?.....	219
PHẦN 3	Làm cách nào để quý vị chấm dứt tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi?.....	223
PHẦN 4	Cho đến khi tư cách thành viên của quý vị chấm dứt, quý vị vẫn phải tiếp tục nhận các vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc thông qua chương trình của chúng tôi .....	224

**Mục Lục**

PHẦN 5	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình trong những trường hợp nhất định .....	224
<b>CHƯƠNG 11: <i>Thông báo pháp lý</i>.....</b>		<b>227</b>
PHẦN 1	Thông báo về luật điều chỉnh.....	228
PHẦN 2	Thông báo về không phân biệt đối xử .....	228
PHẦN 3	Thông báo về quyền đại diện của Bên Thanh Toán Phụ Medicare .....	228
PHẦN 4	Thông báo về Các Trường Hợp Bất Thường.....	229
PHẦN 5	Trách Nhiệm Của Bên Thứ Ba .....	229
<b>CHƯƠNG 12: <i>Định nghĩa các từ quan trọng</i>.....</b>		<b>231</b>

# CHƯƠNG 1:

*Bắt đầu với tư cách thành viên*

## PHẦN 1 Giới thiệu

### Phần 1.1 Quý vị đã ghi danh vào Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), đây là một chương trình Medicare Advantage chuyên biệt (Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt – Special Needs Plan)

Quý vị được hưởng quyền lợi bảo hiểm của cả Medicare và Oregon Health Plan (Medicaid):

- **Medicare** là chương trình bảo hiểm y tế Liên Bang dành cho người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị một số tình trạng khuyết tật nhất định và người bị bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận).
- **Oregon Health Plan (Medicaid)** là chương trình chung của chính phủ Liên Bang và tiểu bang giúp chi trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Phạm vi bảo hiểm của Oregon Health Plan (Medicaid) sẽ khác nhau tùy theo tiểu bang và loại Oregon Health Plan (Medicaid) mà quý vị tham gia. Một số người tham gia Oregon Health Plan (Medicaid) được trợ giúp chi trả phí bảo hiểm Medicare và các chi phí khác. Một số khác cũng được bao trả cho các loại thuốc và dịch vụ bổ sung mà Medicare không bao trả.

Quý vị đã chọn nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe Medicare cùng bảo hiểm thuốc kê toa thông qua chương trình Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Quý vị cũng được ghi danh vào Oregon Health Plan (Medicaid) một cách riêng rẽ, dưới hình thức trực tiếp hoặc thông qua Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp (Coordinated Care Organization). Chúng tôi phải bao trả tất cả dịch vụ Part A và Part B. Tuy nhiên, mức chia sẻ chi phí và quyền tiếp cận nhà cung cấp trong chương trình này khác với Original Medicare.

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) là một chương trình Medicare Advantage chuyên biệt (Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Medicare), tức là các quyền lợi của chương trình được thiết kế riêng cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) được thiết kế riêng cho những người vừa tham gia Medicare vừa đủ điều kiện nhận hỗ trợ từ Oregon Health Plan (Medicaid).

Vì quý vị được hưởng quyền lợi bảo hiểm của cả Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) và Oregon Health Plan (Medicaid) nên quý vị không phải tự trả bất cứ chi phí nào cho hầu hết các dịch vụ. Oregon Health Plan (Medicaid) sẽ chi trả khoản khấu trừ cho quý vị. Oregon Health Plan (Medicaid) sẽ chi trả khoản chia sẻ chi phí cho hầu hết thành viên cho hầu hết các dịch vụ. Trước khi nhận dịch vụ hoặc thanh toán chi phí tự trả, vui lòng trao đổi với Oregon Health Plan (Medicaid) hoặc Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp quản lý Oregon Health Plan (Medicaid) của quý vị để đảm bảo rằng dịch vụ đó được bao trả. Trong Bảng Quyền Lợi ở Chương 4, mức chia sẻ chi phí được đề cập là \$0 vì đây là mức quý vị sẽ chi trả trong hầu hết các trường hợp. Oregon Health Plan (Medicaid) cũng cung cấp cho quý vị các quyền lợi khác thông qua việc bao trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe, chăm sóc dài hạn và thuốc kê toa mà Medicare thường không bao trả. Quý vị cũng được nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare để chi trả chi phí thuốc kê toa Medicare. Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) sẽ giúp quý vị quản lý tất cả các quyền lợi này để quý vị có thể nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ thanh toán mà quý vị được quyền thụ hưởng.



Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) do một tổ chức phi lợi nhuận điều hành. Cũng giống như mọi chương trình Medicare Advantage, Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt -Special Needs Plan Medicare này được Medicare chấp thuận. Chương trình còn ký hợp đồng với chương trình Oregon Medicaid để điều phối các quyền lợi Medicaid của quý vị. Chúng tôi rất vui khi được cung cấp bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Medicare cho quý vị, bao gồm cả bảo hiểm thuốc kê toa.

**Bảo hiểm thuộc Chương Trình này đủ điều kiện là Bảo Hiểm Y Tế Hội Đủ Điều Kiện (Qualifying Health Coverage, QHC) và đáp ứng yêu cầu về trách nhiệm chia sẻ cá nhân của Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Y Tế Giá Hợp Lý (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA).** Hãy truy cập trang web của Sở Thuế Vụ (Internal Revenue Service, IRS) tại địa chỉ: [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) để biết thêm thông tin.

### **Phần 1.2 Tài liệu Chứng Từ Bảo Hiểm nói về điều gì?**

Tài liệu *Chứng Từ Bảo Hiểm* này cho quý vị biết cách nhận dịch vụ chăm sóc y tế Medicare và thuốc kê toa của mình. Trong đó giải thích các quyền và trách nhiệm của quý vị, những khoản được bao trả, những khoản quý vị phải trả với tư cách là thành viên của chương trình và cách nộp đơn khiếu nại nếu quý vị không hài lòng với một quyết định hoặc phương pháp điều trị.

Các từ *bảo hiểm* và *dịch vụ được bao trả* đề cập đến các dịch vụ và sự chăm sóc y tế cùng các loại thuốc kê toa mà quý vị được hưởng với tư cách là thành viên của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

Quý vị nhất thiết phải tìm hiểu các quy tắc của chương trình cùng những dịch vụ có thể được cung cấp cho quý vị. Quý vị nên dành chút thời gian để xem qua tài liệu *Chứng Từ Bảo Hiểm* này.

Nếu quý vị cảm thấy bối rối, lo lắng hoặc có thắc mắc, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của chương trình.

### **Phần 1.3 Thông tin pháp lý về Chứng Từ Bảo Hiểm**

*Chứng Từ Bảo Hiểm* này là một phần trong hợp đồng của chúng tôi với quý vị về cách Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Các phần khác của hợp đồng này bao gồm biểu mẫu ghi danh, *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)* và mọi thông báo chúng tôi gửi cho quý vị về những thay đổi đối với bảo hiểm của quý vị hoặc các điều kiện ảnh hưởng đến bảo hiểm của quý vị. Những thông báo này đôi khi được gọi là *điều khoản bổ sung* hoặc *sửa đổi*.

Hợp đồng này có hiệu lực trong những tháng mà quý vị ghi danh vào Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), từ ngày 1 tháng 1 năm 2025 đến ngày 31 tháng 12 năm 2025.

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

Medicare (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid) phải chấp thuận Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) mỗi năm. Quý vị có thể tiếp tục nhận bảo hiểm Medicare mỗi năm với tư cách là thành viên của chương trình miễn là chúng tôi chọn tiếp tục cung cấp chương trình và Medicare gia hạn chấp thuận cho chương trình.

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

### **Phần 2.1**                    **Các yêu cầu để hội đủ điều kiện**

*Quý vị sẽ hội đủ điều kiện trở thành thành viên của chương trình chúng tôi khi:*

- Quý vị có cả Medicare Part A và Medicare Part B
- -- và -- quý vị sống trong khu vực địa lý nơi chúng tôi cung cấp dịch vụ (Phần 2.3 dưới đây mô tả khu vực dịch vụ của chúng tôi). Các cá nhân bị giam giữ không được coi là sống trong khu vực dịch vụ địa lý ngay cả khi họ thực sự sống ở đó.
- -- và -- quý vị là công dân Hoa Kỳ hoặc đang cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ
- -- và -- quý vị đáp ứng các điều kiện tham gia đặc biệt được mô tả bên dưới

### **Tiêu chí tham gia đặc biệt của chương trình**

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

Xin lưu ý: Nếu quý vị mất tư cách tham gia nhưng chúng tôi có cơ sở hợp lý để dự kiến rằng quý vị có thể khôi phục tư cách tham gia trong vòng một tháng, thì quý vị vẫn đủ điều kiện trở thành thành viên trong chương trình của chúng tôi (Chương 4, Phần 2.1 cho quý vị biết phạm vi bao trả và mức chia sẻ chi phí trong khoảng thời gian quý vị được coi là tiếp tục đủ điều kiện tham gia).

### **Phần 2.2**                    **Oregon Health Plan (Medicaid) là chương trình gì?**

Oregon Health Plan (Medicaid) là chương trình chung của chính phủ Liên Bang và tiểu bang giúp chi trả chi phí chăm sóc y tế và chăm sóc dài hạn cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Mỗi tiểu bang sẽ quyết định khoản nào được tính là thu nhập và nguồn lực, đối tượng đủ điều kiện, dịch vụ nào được bao trả và chi phí cho các dịch vụ. Các tiểu bang cũng có thể quyết định cách vận hành chương trình của mình miễn là họ tuân thủ các hướng dẫn của Liên bang.

Ngoài ra, một số chương trình được cung cấp thông qua Oregon Health Plan (Medicaid) sẽ giúp những người tham gia Medicare thanh toán chi phí Medicare của họ, chẳng hạn như phí bảo hiểm Medicare. Các “Chương Trình Tiết kiệm Medicare” (Medicare Savings Programs) này giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế tiết kiệm tiền mỗi năm:

- **Người Thụ Hưởng Medicare Đủ Điều Kiện và được hưởng đầy đủ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid) (QMB+):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B và các khoản chia sẻ chi phí khác (như các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán) cho những người cũng đủ điều kiện nhận đầy đủ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid).
- **Người Thụ Hưởng Medicare Có Thu Nhập Thấp Theo Quy Định và được hưởng đầy đủ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid) (SLMB+):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Part B cho những người cũng đủ điều kiện nhận đầy đủ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid) cũng như khoản chia sẻ chi phí cho các quyền lợi mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.

<b>Phần 2.3</b>	<b>Đây là khu vực dịch vụ của chương trình áp dụng cho Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)</b>
-----------------	--

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) chỉ dành cho những cá nhân sống trong khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi. Để tiếp tục làm thành viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải tiếp tục cư trú trong khu vực dịch vụ của chương trình. Khu vực dịch vụ được mô tả bên dưới.

Khu vực dịch vụ bao gồm các quận sau đây tại Oregon: Clackamas, Multnomah và Washington.

Nếu dự kiến chuyển khỏi khu vực dịch vụ, quý vị không thể tiếp tục làm thành viên của chương trình này. Vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng để xem liệu chúng tôi có chương trình ở khu vực mới mà quý vị chuyển đến không. Khi chuyển đi, quý vị sẽ có Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt (Special Enrollment Period) cho phép quý vị chuyển sang Original Medicare hoặc ghi danh một chương trình sức khỏe hoặc thuốc Medicare có sẵn tại địa điểm mới của quý vị.

Một điểm quan trọng nữa là quý vị phải gọi báo cho Sở An Sinh Xã Hội nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư của mình. Quý vị có thể tìm số điện thoại và thông tin liên lạc của Sở An Sinh Xã Hội trong Chương 2, Phần 5.

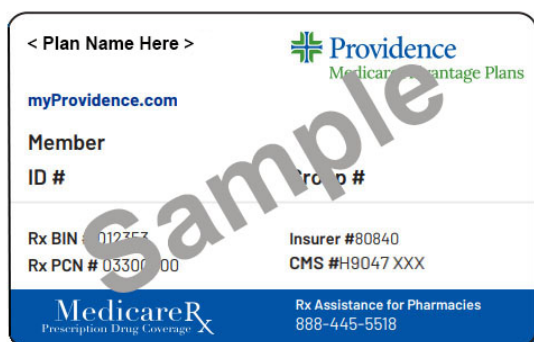
<b>Phần 2.4</b>	<b>Công Dân Hoa Kỳ hoặc Người Cư Trú Hợp Pháp tại Hoa Kỳ</b>
-----------------	--

Thành viên của chương trình y tế Medicare phải là công dân Hoa Kỳ hoặc đang cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ. Medicare (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid) sẽ thông báo cho Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) nếu quý vị không đủ điều kiện để tiếp tục là thành viên theo quy định này. Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) phải hủy ghi danh của quý vị nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu này.

## PHẦN 3 Các tài liệu quan trọng dành cho thành viên mà quý vị sẽ nhận được

### Phần 3.1 Thẻ thành viên của chương trình

Khi trở thành thành viên trong chương trình của chúng tôi, quý vị phải sử dụng thẻ thành viên bất cứ khi nào nhận các dịch vụ do chương trình này bao trả và khi nhận thuốc kê toa tại các nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị cũng phải xuất trình thẻ Medicaid của mình cho nhà cung cấp. Đây là thẻ thành viên mẫu giúp quý vị hình dung thẻ của mình sẽ như thế nào:



KHÔNG sử dụng thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương cho các dịch vụ y tế được bao trả khi quý vị là thành viên của chương trình này. Nếu sử dụng thẻ Medicare thay vì thẻ thành viên Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), quý vị sẽ phải tự chi trả toàn bộ chi phí của các dịch vụ y tế. Hãy cất giữ thẻ Medicare của quý vị ở nơi an toàn. Quý vị có thể sẽ được yêu cầu xuất trình thẻ nếu cần sử dụng các dịch vụ tại bệnh viện, dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc tham gia các nghiên cứu y khoa hay còn gọi là nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận.

Nếu thẻ thành viên của chương trình bị hỏng, mất hoặc bị đánh cắp, hãy gọi ngay cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng và chúng tôi sẽ gửi thẻ mới cho quý vị.

### Phần 3.2 Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp

*Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* liệt kê các nhà cung cấp trong mạng lưới hiện tại của chúng tôi. Các nhà cung cấp tham gia chương trình và chấp nhận cả Oregon Health Plan (Medicaid) sẽ được ghi chú rõ. Đối với các dịch vụ của Oregon Health Plan (Medicaid) mà Medicare không bao trả, hãy xác minh rằng nhà cung cấp có tham gia Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp (Coordinated Care Organization, CCO) của quý vị hoặc tham gia Oregon Health Plan (Medicaid). CCO sẽ cung cấp cho quý vị danh mục các nhà cung cấp. Nếu quý vị chưa ghi danh vào CCO nào hoặc cần được trợ giúp tìm bác sĩ hay nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của OHP theo số 1-800-273-0557 (TTY 711). **Nhà cung cấp trong mạng lưới** là các bác sĩ, các chuyên viên chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y tế, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có thỏa thuận về việc chấp nhận thanh toán của chúng tôi cũng như bất kỳ khoản chia sẻ chi phí nào của chương trình khi thanh toán toàn bộ.

Quý vị phải sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới để nhận các dịch vụ và sự chăm sóc y tế của mình. Nếu quý vị tới nơi khác mà không có sự cho phép hợp lệ, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí. Trường hợp ngoại lệ duy nhất là các tình huống cấp cứu, các dịch vụ cấp thiết khi quý vị không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới (là những tình huống mà việc nhận các dịch vụ trong mạng lưới là không hợp lý hoặc không khả thi), các dịch vụ lọc máu ngoài khu vực và các trường hợp Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) cho phép sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Quý vị cũng cần biết những nhà cung cấp nào tham gia Oregon Health Plan (Medicaid). Các nhà cung cấp cần ghi danh vào Oregon Health Plan (Medicaid) để các khoản khấu trừ và chia sẻ chi phí Medicare được xử lý một cách thích hợp.

*Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* liệt kê các nhà thuốc hiện có trong mạng lưới của chúng tôi. **Nhà thuốc trong mạng lưới** là tất cả các nhà thuốc đồng ý cung cấp toa thuốc được bao trả cho các thành viên trong chương trình của chúng tôi. Quý vị có thể sử dụng *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* để tìm nhà thuốc trong mạng lưới mà mình muốn sử dụng. Xem Chương 5, Phần 2.5 để biết thêm thông tin khi nào quý vị có thể sử dụng các nhà thuốc không có trong mạng lưới của chương trình.

Nếu không có *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp*, quý vị có thể nhận một bản sao (dạng điện tử hoặc bản cứng) từ bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng. Quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin này trên trang web của chúng tôi tại [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider). Chúng tôi sẽ gửi bản cứng *Danh Mục Nhà Cung Cấp* theo yêu cầu qua bưu điện cho quý vị trong vòng ba ngày làm việc.

<b>Phần 3.3</b>	<b><i>Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc) của chương trình</i></b>
-----------------	--

Chương trình có một *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)*. Chúng tôi gọi tắt là *Danh Sách Thuốc*. *Danh sách* này cho biết loại thuốc kê toa Part D nào được bao trả theo quyền lợi Part D có trong Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Ngoài các loại thuốc mà Part D bao trả, quý vị cũng được bao trả một số loại thuốc kê toa theo các quyền lợi mà quý vị có trong Oregon Health Plan (Medicaid). *Danh Sách Thuốc* sẽ cho quý vị biết cách tra cứu những loại thuốc được bao trả theo Oregon Health Plan (Medicaid).

Các loại thuốc trong danh sách này được chương trình lựa chọn với sự trợ giúp của đội ngũ bác sĩ và dược sĩ. *Danh sách* này phải đáp ứng các yêu cầu do Medicare đặt ra. Medicare đã chấp thuận *Danh Sách Thuốc* của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

*Danh Sách Thuốc* cũng cho biết các quy tắc giới hạn phạm vi bảo hiểm thuốc của quý vị.

Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị một bản sao *Danh Sách Thuốc*. Để cập nhật thông tin đầy đủ và mới nhất về các loại thuốc được bao trả, quý vị có thể truy cập vào trang web của chương trình ([www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary)) hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.

## **PHẦN 4 Chi phí hàng tháng quý vị phải trả cho Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)**

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

- Phí Bảo Hiểm Chương Trình (Phần 4.1)
- Phí Bảo Hiểm Medicare Part B Hàng Tháng (Phần 4.2)
- Tiền Phạt Ghi Danh Muộn Part D (Phần 4.3)
- Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (Phần 4.4)

### **Phần 4.1 Phí bảo hiểm chương trình**

Quý vị không phải trả phí bảo hiểm chương trình hàng tháng riêng cho Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

### **Phần 4.2 Phí Bảo Hiểm Medicare Part B Hàng Tháng**

#### **Nhiều thành viên phải thanh toán các khoản phí bảo hiểm Medicare khác**

Một số thành viên phải thanh toán các khoản phí bảo hiểm Medicare khác. Như đã giải thích trong Phần 2 ở trên, để đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải duy trì tư cách tham gia Oregon Health Plan (Medicaid) cũng như có cả Medicare Part A và Medicare Part B. Đối với hầu hết thành viên của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), Oregon Health Plan (Medicaid) sẽ giúp chi trả phí bảo hiểm Part A (nếu quý vị không tự động đủ điều kiện) và phí bảo hiểm Part B.

**Nếu Oregon Health Plan (Medicaid) không chi trả phí bảo hiểm Medicare cho quý vị, quý vị phải tiếp tục chi trả phí này để duy trì tư cách thành viên trong chương trình.** Khoản này bao gồm phí bảo hiểm cho Part B của quý vị. Trong đó cũng có thể có phí bảo hiểm cho Part A ảnh hưởng tới những thành viên không đủ điều kiện được miễn phí bảo hiểm Part A.

### **Phần 4.3 Tiền Phạt Ghi Danh Muộn Part D**

Vì quý vị đủ điều kiện hưởng quyền lợi kép nên Tiền Phạt Ghi Danh Muộn (Late Enrollment Penalty, LEP) sẽ không áp dụng với quý vị miễn là quý vị vẫn duy trì trạng thái đủ điều kiện kép này. Nếu mất trạng thái này, quý vị có thể phải chịu LEP. Tiền phạt ghi danh muộn Part D là phí bảo hiểm tính thêm mà quý vị phải thanh toán cho bảo hiểm Part D nếu tại bất cứ thời điểm nào sau khi kết thúc giai đoạn ghi danh ban đầu, quý vị không có Part D hoặc bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy khác trong vòng 63 ngày liên tiếp trở lên. Bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy là bảo hiểm đáp ứng tiêu chuẩn tối thiểu của Medicare vì dự kiến số tiền thanh toán trung bình ít nhất sẽ bằng với bảo hiểm thuốc kê toa tiêu chuẩn của Medicare. Chi phí tiền phạt ghi danh muộn phụ thuộc vào thời gian quý vị không có bảo hiểm Part D hoặc bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy khác. Quý vị phải thanh toán tiền phạt này trong thời gian quý vị có bảo hiểm Part D.

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

- Quý vị được nhận “Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help)” từ Medicare để thanh toán cho các loại thuốc kê toa của quý vị.
- Quý vị không có bảo hiểm đáng tin cậy trong ít hơn 63 ngày liên tiếp.
- Quý vị có bảo hiểm thuốc đáng tin cậy thông qua nguồn khác như chủ lao động cũ, nghiệp đoàn, TRICARE hoặc Cơ Quan Quản Lý Y Tế Cựu Chiến Binh (Veterans Health Administration, VA). Công ty bảo hiểm hoặc bộ phận nhân sự hàng năm sẽ thông báo cho quý vị biết bảo hiểm thuốc của quý vị có thuộc loại bảo hiểm đáng tin cậy hay không. Thông tin này có thể được gửi cho quý vị qua thư từ hoặc đăng trên bản tin của chương trình. Hãy lưu giữ thông tin này, vì quý vị có thể sẽ cần đến khi tham gia chương trình thuốc Medicare sau này.
  - **Lưu ý:** Quý vị phải thông báo khi có bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy dự kiến sẽ thanh toán bằng với mức thanh toán của chương trình thuốc kê toa tiêu chuẩn từ Medicare.
  - **Lưu ý:** Những trường hợp sau đây *không* phải là bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy: thẻ giảm giá thuốc kê toa, phòng khám miễn phí và trang web giảm giá thuốc.

**Medicare sẽ xác định số tiền phạt.** Đây là cách tính số tiền phạt:

- Trước tiên, chương trình sẽ tính số tháng trọn vẹn mà quý vị chậm ghi danh một chương trình thuốc Medicare, sau khi quý vị đã đủ điều kiện đăng ký. Nếu không, chương trình sẽ tính số tháng trọn vẹn mà quý vị không có bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy, nếu thời gian gián đoạn bảo hiểm là 63 ngày trở lên. Mức phạt là 1% cho mỗi tháng quý vị không có bảo hiểm đáng tin cậy. Ví dụ: nếu quý vị trải qua 14 tháng không có bảo hiểm, mức phạt sẽ là 14%.
- Sau đó, Medicare xác định số tiền phí bảo hiểm trung bình hàng tháng cho các chương trình thuốc Medicare trong quốc gia từ năm trước đó. Năm 2024, mức phí bảo hiểm trung bình này là \$34.70. Số tiền này có thể thay đổi vào năm 2025.
- Để tính tiền phạt hàng tháng, quý vị nhân tỷ lệ phần trăm phạt với phí bảo hiểm trung bình hàng tháng rồi làm tròn đến 10 xu gần nhất. Trong ví dụ này, tiền phạt sẽ là 14% nhân với \$34.70 bằng \$4.858. Con số này được làm tròn thành \$4.90. Số tiền này sẽ được cộng vào **phí bảo hiểm hàng tháng đối với một số thành viên phải chịu tiền phạt ghi danh muện Part D.**

Có ba điểm quan trọng cần lưu ý về số tiền phạt ghi danh muện Part D hàng tháng này:

- Thứ nhất, **mức phạt có thể thay đổi hàng năm** vì phí bảo hiểm trung bình hàng tháng có thể thay đổi mỗi năm.
- Thứ hai, **quý vị phải tiếp tục thanh toán tiền phạt** mỗi tháng trong thời gian tham gia một chương trình có quyền lợi thuốc Medicare Part D, ngay cả khi quý vị thay đổi chương trình.

- Thứ ba, nếu quý vị dưới 65 tuổi và hiện đang nhận quyền lợi Medicare, thì tiền phạt ghi danh muộ n Part D sẽ được tính lại khi quý vị 65 tuổi. Sau 65 tuổi, tiền phạt ghi danh muộ n Part D của quý vị sẽ chỉ được tính dựa trên những tháng mà quý vị không có bảo hiểm sau giai đoạn ghi danh ban đầu khi đủ tuổi tham gia Medicare.

**Nếu quý vị không đồng ý với tiền phạt ghi danh muộ n Part D, quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể yêu cầu xem xét lại.** Thông thường, quý vị phải gửi yêu cầu xem xét này trong vòng 60 ngày, kể từ ngày ghi trên lá thư đầu tiên thông báo việc thanh toán tiền phạt ghi danh muộ n mà quý vị nhận được. Tuy nhiên, nếu quý vị đã thanh toán tiền phạt trước khi tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ không thể yêu cầu xem xét lại tiền phạt ghi danh muộ n.

**Quan trọng:** Đừng dừng thanh toán tiền phạt ghi danh muộ n Part D trong khi quý vị đang chờ xem xét quyết định về tiền phạt ghi danh muộ n của mình. Nếu làm vậy, quý vị có thể bị rút tên do không thanh toán phí bảo hiểm chương trình.

#### **Phần 4.4 Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập**

Một số thành viên có thể phải thanh toán một khoản phí bổ sung, đó là Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập Part D, hay còn gọi là IRMAA. Khoản phí bổ sung này được tính bằng cách sử dụng tổng thu nhập đã điều chỉnh được báo cáo trên tờ khai thuế IRS của quý vị trong hai năm trước. Nếu số tiền này cao hơn một số tiền nhất định, quý vị sẽ phải thanh toán số tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn và phí bổ sung IRMAA. Để biết thêm thông tin về số tiền bổ sung mà quý vị có thể phải thanh toán dựa trên thu nhập của mình, vui lòng truy cập <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Nếu quý vị phải thanh toán một khoản phí bổ sung, thì Sở An Sinh Xã Hội, chứ không phải chương trình Medicare của quý vị, sẽ gửi cho quý vị một lá thư thông báo số tiền bổ sung phải đóng. Số tiền bổ sung sẽ được khấu trừ vào chi phiếu quyền lợi của Sở An Sinh Xã Hội, Ban Hưu Trí Hòa Xa (Railroad Retirement Board) hoặc Văn Phòng Quản Lý Nhân Sự (Office of Personnel Management), bất kể quý vị thường thanh toán phí bảo hiểm theo cách nào, trừ khi quyền lợi hàng tháng của quý vị không đủ để trang trải số tiền bổ sung còn nợ. Nếu chi phiếu quyền lợi của quý vị không đủ để chi trả số tiền bổ sung, quý vị sẽ nhận được hóa đơn từ Medicare. **Quý vị phải thanh toán số tiền bổ sung cho chính phủ. Tiền này không thể thanh toán chung với phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị. Nếu không thanh toán số tiền bổ sung, quý vị sẽ bị rút tên khỏi chương trình và mất bảo hiểm thuốc kê toa.**

Nếu không đồng ý thanh toán số tiền bổ sung, quý vị có thể yêu cầu Sở An Sinh Xã Hội xem xét lại quyết định. Để tìm hiểu thêm về cách tiến hành việc này, hãy liên hệ với Sở An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).



---

## PHẦN 5 Thông tin thêm về phí bảo hiểm hàng tháng

---

<b>Phần 5.1</b>	<b>Chúng tôi có thể thay đổi phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của quý vị trong năm không?</b>
-----------------	---

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

Tuy nhiên, trong một số trường hợp, quý vị có thể dừng thanh toán tiền phạt ghi danh muộn (nếu còn nợ). Hoặc quý vị sẽ phải bắt đầu thanh toán tiền phạt ghi danh muộn. Điều này có thể xảy ra khi quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình “Trợ Giúp Bổ Sung” hoặc khi quý vị không còn đủ điều kiện tham gia chương trình “Trợ Giúp Bổ Sung” trong năm:

- Nếu quý vị hiện đang thanh toán tiền phạt ghi danh muộn Part D và đủ điều kiện hưởng “Trợ Giúp Bổ Sung” trong năm, thì quý vị có thể dừng thanh toán tiền phạt.
- Nếu bị mất quyền nhận "Trợ Giúp Bổ Sung", quý vị có thể phải thanh toán tiền phạt ghi danh muộn khi không có bảo hiểm Part D hoặc bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy khác trong 63 ngày trở lên.

Quý vị có thể tìm hiểu thêm về chương trình “Trợ Giúp Bổ Sung” trong Chương 2, Phần 7.

---

## PHẦN 6 Hãy luôn cập nhật hồ sơ thành viên chương trình của quý vị

---

Hồ sơ thành viên của quý vị lấy thông tin từ mẫu ghi danh của quý vị, trong đó có địa chỉ và số điện thoại liên lạc. Hồ sơ cho biết bảo hiểm theo chương trình cụ thể của quý vị, bao gồm cả Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính của quý vị.

Bác sĩ, bệnh viện, dược sĩ và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới của chương trình cần biết thông tin chính xác về quý vị. **Những nhà cung cấp trong mạng lưới này dựa trên hồ sơ thành viên của quý vị để biết những dịch vụ và loại thuốc nào được bao trả và số tiền chia sẻ chi phí cho quý vị.** Do đó, quý vị nhất thiết phải luôn cập nhật thông tin của quý vị cho chúng tôi.

**Hãy cho chúng tôi biết khi có những thay đổi sau đây:**

- Thay đổi tên, địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị
- Thay đổi trong bất kỳ bảo hiểm y tế nào khác quý vị có (chẳng hạn như từ chủ lao động của quý vị, chủ lao động của vợ/chồng hoặc bạn đời, bồi thường cho người lao động hoặc Oregon Health Plan (Medicaid))
- Khi quý vị có bất kỳ yêu cầu trách nhiệm pháp lý nào, chẳng hạn như khiếu nại do tai nạn ô tô
- Khi quý vị được nhận vào viện dưỡng lão

- Khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện hoặc phòng cấp cứu nằm ngoài khu vực hoặc ngoài mạng lưới
- Khi quý vị thay đổi bên chịu trách nhiệm được chỉ định (chẳng hạn như người chăm sóc)
- Khi quý vị tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng (**Lưu ý:** Quý vị không bắt buộc phải cho chương trình của mình biết về nghiên cứu lâm sàng mà quý vị dự định tham gia nhưng chúng tôi khuyến khích quý vị nên làm như vậy.)

Khi thay đổi bất kỳ thông tin nào nói trên, vui lòng thông báo cho chúng tôi biết bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.

Một điểm quan trọng nữa là hãy liên hệ với Sở An Sinh Xã Hội nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư của mình. Quý vị có thể tìm thấy số điện thoại và thông tin liên lạc của Sở An Sinh Xã Hội trong Chương 2, Phần 5.

Quý vị cũng phải liên lạc với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của Oregon Health Plan (Medicaid) hoặc nhân viên phụ trách trường hợp của quý vị để thông báo cho họ nếu có bất cứ thay đổi nào trong số này. Quý vị có thể xem số điện thoại của Oregon Health Plan (Medicaid) trong Chương 2, Phần 6.

---

## **PHẦN 7**                      **Cách các bảo hiểm khác làm việc với chương trình của chúng tôi**

---

### **Các bảo hiểm khác**

Medicare yêu cầu chúng tôi thu thập thông tin từ quý vị về bất kỳ bảo hiểm y tế hoặc thuốc nào khác mà quý vị đang thụ hưởng. Lý do là vì chúng tôi phải phối hợp những bảo hiểm khác mà quý vị đang thụ hưởng với các quyền lợi của quý vị theo chương trình của chúng tôi. Đây được gọi là sự **Phối Hợp Các Quyền Lợi**.

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

Khi quý vị có bảo hiểm khác (chẳng hạn như bảo hiểm y tế theo nhóm do chủ lao động cung cấp), có nhiều quy tắc do Medicare đặt ra để quyết định xem chương trình của chúng tôi hay bảo hiểm khác của quý vị sẽ thanh toán trước. Bảo hiểm thanh toán trước được gọi là bên thanh toán chính (primary payer) và thanh toán đến các hạn mức trong bảo hiểm. Bảo hiểm thanh toán sau được gọi là bên thanh toán phụ (secondary payer), chỉ thanh toán nếu còn chi phí mà bảo hiểm chính không bao trả. Bên thanh toán phụ có thể không thanh toán hết tất cả các chi phí không được bao trả. Nếu quý vị có bảo hiểm khác, hãy thông báo cho bác sĩ, bệnh viện và nhà thuốc của mình.

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

- Nếu quý vị có bảo hiểm hưu trí thì Medicare sẽ thanh toán trước.
- Nếu bảo hiểm chương trình y tế theo nhóm của quý vị dựa trên công việc hiện tại của quý vị hoặc của thành viên gia đình quý vị, thì bên trả tiền trước tùy thuộc vào tuổi của quý vị, số lượng người được chủ lao động thuê và liệu quý vị có Medicare theo tuổi, tình trạng khuyết tật, hay Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (End-Stage Renal Disease, ESRD) hay không:
  - Nếu quý vị dưới 65 tuổi, bị khuyết tật và quý vị hoặc thành viên gia đình quý vị vẫn đang làm việc, thì chương trình y tế theo nhóm của quý vị sẽ thanh toán trước nếu chủ lao động có 100 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một chủ lao động trong chương trình nhiều chủ lao động có hơn 100 nhân viên.
  - Nếu quý vị trên 65 tuổi, bị khuyết tật và quý vị hoặc vợ/chồng hoặc bạn đời của mình vẫn đang làm việc, thì chương trình y tế theo nhóm của quý vị sẽ thanh toán trước nếu chủ lao động có 20 nhân viên trở lên hoặc ít nhất một chủ lao động trong chương trình nhiều chủ lao động có hơn 20 nhân viên.
- Nếu quý vị có Medicare do mắc ESRD, thì chương trình y tế theo nhóm của quý vị sẽ thanh toán trước trong 30 tháng đầu tiên sau khi quý vị đủ điều kiện nhận Medicare.

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

- Bảo hiểm không xác định lỗi (bao gồm cả bảo hiểm ô tô)
- Trách nhiệm pháp lý (bao gồm cả bảo hiểm ô tô)
- Quyền lợi cho công nhân mỏ than
- Bồi thường tai nạn lao động

Medicaid và TRICARE không bao giờ thanh toán trước cho các dịch vụ được Medicare bao trả. Họ chỉ thanh toán sau khi Medicare và/hoặc các chương trình y tế theo nhóm của chủ lao động đã thanh toán.

# CHƯƠNG 2:

*Các số điện thoại  
và nguồn lực quan trọng*

---

**PHẦN 1**      **Thông tin liên hệ của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)**  
(cách liên hệ với chúng tôi, bao gồm cả cách tiếp cận bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng)

---

**Cách liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của chương trình chúng tôi**

Để được hỗ trợ về các yêu cầu thanh toán bảo hiểm, việc lập hóa đơn hoặc các thắc mắc về thẻ thành viên, vui lòng gọi hoặc gửi thư đến bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Chúng tôi rất sẵn lòng hỗ trợ quý vị!

<b>Phương thức</b>	<b>Bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng – Thông Tin Liên Hệ</b>
<b>GỌI ĐIỆN</b>	503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần. Bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng cũng có các dịch vụ phiên dịch miễn phí dành cho khách hàng không nói Tiếng Anh.
<b>TTY</b>	711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần.
<b>FAX</b>	503-574-8608
<b>GỬI THƯ</b>	Providence Health Assurance Attn: Customer Service Team P.O. Box 5548 Portland, OR 97228-5548
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com">www.ProvidenceHealthAssurance.com</a>

**Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo về dịch vụ chăm sóc y tế và/hoặc thuốc kê toa Part D của mình**

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

<b>Phương thức</b>	<b>Quyết Định Bảo Trả Cho Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế – Thông Tin Liên Hệ</b>
<b>GỌI ĐIỆN</b>	503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần.
<b>TTY</b>	711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần.
<b>FAX</b>	503-574-6464 hoặc 1-800-989-7479
<b>GỬI THƯ</b>	Providence Health Assurance Attn: Health Care Services P.O. Box 4327 Portland, OR 97208-4327
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com">www.ProvidenceHealthAssurance.com</a>

<b>Phương thức</b>	<b>Quyết Định Bảo Trả cho Thuốc Kê Toa Part D – Thông Tin Liên Hệ</b>
<b>GỌI ĐIỆN</b>	503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần.
<b>TTY</b>	711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần.
<b>FAX</b>	503-574-8646 hoặc 1-800-249-7714
<b>GỬI THƯ</b>	Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com">www.ProvidenceHealthAssurance.com</a>

<b>Phương thức</b>	<b>Kháng Cáo Về Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế và/hoặc Thuốc Kê Toa Part D – Thông Tin Liên Hệ</b>
<b>GỌI ĐIỆN</b>	503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần.

<b>Phương thức</b>	<b>Kháng Cáo Về Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế và/hoặc Thuốc Kê Toa Part D – Thông Tin Liên Hệ</b>
<b>TTY</b>	711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần.
<b>FAX</b>	503-574-8757 hoặc 1-800-396-4778
<b>GỬI THƯ</b>	Providence Health Assurance Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 4158 Portland, OR 97208-4158
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com">www.ProvidenceHealthAssurance.com</a>

**Cách liên hệ với chúng tôi khi quý vị khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế và/hoặc thuốc kê toa Part D của mình**

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

<b>Phương thức</b>	<b>Khiếu Nại Về Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế và/hoặc Thuốc Kê Toa Part D – Thông Tin Liên Hệ</b>
<b>GỌI ĐIỆN</b>	503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần.
<b>TTY</b>	711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần.
<b>FAX</b>	503-574-8757 hoặc 1-800-396-4778
<b>GỬI THƯ</b>	Providence Health Assurance Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 4158 Portland, OR 97208-4158
<b>TRANG WEB MEDICARE</b>	Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) trực tiếp cho Medicare. Để nộp đơn khiếu nại trực tuyến cho Medicare, hãy truy cập <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

## **Nơi gửi yêu cầu đề nghị chúng tôi thanh toán chi phí cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc quý vị đã nhận được**

Nếu quý vị nhận được hóa đơn hoặc đã thanh toán cho các dịch vụ (như hóa đơn của nhà cung cấp) mà quý vị cho rằng chúng tôi nên thanh toán, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bồi hoàn hoặc thanh toán hóa đơn của nhà cung cấp. Xem Chương 7 (*Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho hóa đơn mà quý vị nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả*).

Chúng tôi chỉ có thể bồi hoàn chi phí cho các dịch vụ được Medicare bao trả chứ không bồi hoàn cho dịch vụ được Medicaid bao trả. Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu bồi hoàn của quý vị thì khoản tiền chúng tôi thanh toán cho quý vị sẽ chỉ bao gồm số tiền được Medicare cho phép (số tiền chúng tôi thường trả cho một nhà cung cấp đối với dịch vụ) và không bao gồm các khoản mà Medicaid bao trả, chẳng hạn như khoản đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ của Medicare. Nếu quý vị có câu hỏi, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số trong ô Yêu Cầu Thanh Toán bên dưới.

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

<b>Phương thức</b>	<b>Các Yêu Cầu Thanh Toán – Thông Tin Liên Hệ</b>	
<b>GỌI ĐIỆN</b>	503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần.	
<b>TTY</b>	711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần.	
<b>FAX</b>	<b>Yêu Cầu về Dịch Vụ Y Tế</b> 503-574-8627	<b>Yêu Cầu về Thuốc Part D</b> 503-574-8646
<b>GỬI THƯ</b>	<b>Yêu Cầu về Dịch Vụ Y Tế</b> Providence Health Assurance Attn: Claims P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125	<b>Yêu Cầu về Thuốc Part D</b> Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com">www.ProvidenceHealthAssurance.com</a>	



## Cách Liên Hệ Với Người Quản Lý Quyền Lợi

Một số dịch vụ được quản lý bởi những người quản lý quyền lợi khác. Dưới đây là danh sách Người Quản Lý Quyền Lợi, các dịch vụ họ quản lý và thông tin liên hệ của họ. Bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của Providence luôn sẵn lòng trợ giúp quý vị nếu quý vị cần được hỗ trợ thêm.

<b>Quyền Lợi</b>	<b>Thông Tin Liên Hệ của Người Quản Lý Quyền Lợi</b>
<b>Chiếu Chụp</b>	<b><u>Quản Lý Quyền Lợi Y Tế Carelon</u></b> Để được hỗ trợ về dịch vụ chiếu chụp, bao gồm cả các yêu cầu thanh toán bảo hiểm cho dịch vụ này và các quyền lợi được xác định trước. GỌI ĐIỆN: 1-800-920-1250 TTY: 711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần. TRANG WEB: <a href="http://www.carelon.com">www.carelon.com</a>
<b>Thẻ Dục</b>	<b><u>Optum: One Pass</u></b> Một chương trình thẻ dục dành cho thành viên cho phép sử dụng các phòng tập thể dục, các lớp thể dục trực tuyến, các hoạt động thể dục khác và chương trình sức khỏe trí não để kích thích trí óc. GỌI ĐIỆN: 1-877-504-6830, 8 a.m.– 9 p.m., Giờ Miền Trung, Thứ Hai đến Thứ Sáu (đóng cửa vào cuối tuần) TTY: 711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần. TRANG WEB: <a href="http://www.youronepass.com">www.youronepass.com</a>
<b>Hệ Thống Ứng Cứu Khẩn Cấp Cá Nhân (Personal Emergency Response System, PERS)</b>	<b><u>Connect America</u></b> Hệ Thống Ứng Cứu Khẩn Cấp Cá Nhân (PERS) cho phép quý vị tiếp cận 24/7 để được trợ giúp trong trường hợp khẩn cấp. Vui lòng gọi số bên dưới để đăng ký. GỌI ĐIỆN: 1-877-909-4882
<b>Vật Dụng Mua Tự Do Không Cần Toa (Over-the-Counter, OTC)</b>	<b><u>Convey</u></b> Để yêu cầu một bản sao danh mục, vui lòng gọi điện hoặc truy cập trang web bên dưới. GỌI ĐIỆN: 1-855-858-5937. Giờ làm việc là từ 8 AM đến 11 PM, Thứ Hai – Thứ Sáu theo giờ EST. TRANG WEB: <a href="http://www.ConveyBenefits.com">www.ConveyBenefits.com</a>
<b>Vận Chuyển</b>	<b><u>Kaizen Health</u></b> Để yêu cầu dịch vụ vận chuyển phi y tế, hãy gọi số bên dưới. GỌI ĐIỆN: 1-844-556-3730
<b>Cai Thuốc Lá</b>	<b><u>Quit for Life</u></b> Chúng tôi bao trả chi phí cho chương trình qua điện thoại “Quit for Life”, bao gồm cả các vật tư trong chương trình như liệu pháp thay thế nicotine. Quý vị đã sẵn sàng tiếp nhận sự hỗ trợ trong 12 tháng chưa? Vui lòng gọi số bên dưới để được hỗ trợ. GỌI ĐIỆN: 1-866-784-8454

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

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

Cơ quan Liên Bang phụ trách Medicare là Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, đôi khi được gọi là CMS). Cơ quan này ký hợp đồng với các tổ chức Medicare Advantage, trong đó có chúng tôi.

Phương thức	Medicare – Thông Tin Liên Hệ
<b>GỌI ĐIỆN</b>	1-800-MEDICARE, hoặc 1-800-633-4227 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048 Để gọi số này cần phải có điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí.
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a> Đây là trang web chính thức về Medicare của chính phủ. Trang này cung cấp thông tin cập nhật về Medicare cùng các vấn đề hiện tại của Medicare. Trang cũng có thông tin về bệnh viện, viện dưỡng lão, bác sĩ, cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia và các cơ sở lọc máu. Trang cung cấp các tài liệu mà quý vị có thể in ra trực tiếp từ máy tính của mình. Quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin liên hệ của Medicare trong tiểu bang của mình. Trang web Medicare cũng có thông tin chi tiết về điều kiện để tham gia Medicare và các lựa chọn ghi danh thông qua các công cụ sau: <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Công Cụ Kiểm Tra Điều Kiện Hưởng Medicare (Medicare Eligibility Tool):</b> Cung cấp thông tin trạng thái về tình trạng hội đủ điều kiện hưởng Medicare.</li><li>• <b>Công Cụ Tìm Chương Trình Medicare (Medicare Plan Finder):</b> Cung cấp thông tin cá nhân hóa về các chương trình thuốc kê toa Medicare hiện có, các chương trình y tế Medicare và chính sách Medigap (Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare) trong khu vực của quý vị. Những công cụ này giúp <i>ước tính</i> chi phí tự trả của quý vị trong các chương trình Medicare khác nhau.</li></ul>

Phương thức	Medicare – Thông Tin Liên Hệ
<b>TRANG WEB (tiếp)</b>	<p>Quý vị cũng có thể sử dụng trang web để khiếu nại lên Medicare bất kỳ vấn đề nào về Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Khiếu nại lên Medicare:</b> Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) trực tiếp cho Medicare. Để nộp đơn khiếu nại cho Medicare, hãy truy cập <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare sẽ xem xét các khiếu nại của quý vị một cách nghiêm túc và sẽ sử dụng những thông tin này để cải thiện chất lượng của chương trình Medicare.</li></ul> <p>Nếu quý vị không có máy tính, hãy dùng nhờ máy tính của thư viện địa phương hoặc trung tâm người cao tuổi để truy cập vào trang web này. Hoặc quý vị có thể gọi cho Medicare và hỏi họ về thông tin quý vị đang tìm kiếm. Họ sẽ tìm thông tin trên trang web và xem xét thông tin đó với quý vị. (Quý vị có thể gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.)</p>

---

### **PHẦN 3**      **Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang** (trợ giúp miễn phí, cung cấp thông tin và câu trả lời cho các câu hỏi của quý vị về Medicare)

---

Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) là chương trình của chính phủ với các chuyên viên tư vấn được đào tạo tại mỗi tiểu bang. Tại Oregon, SHIP được gọi là chương trình Hỗ Trợ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Tuổi (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA).

SHIBA là một chương trình độc lập (không liên kết với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào) của tiểu bang được cấp tiền từ chính phủ Liên Bang để cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm sức khỏe địa phương miễn phí cho những người có Medicare.

Các chuyên viên tư vấn của SHIBA có thể giúp quý vị hiểu rõ các quyền Medicare của mình, trợ giúp quý vị khiếu nại về việc chăm sóc hoặc điều trị y tế đồng thời giúp quý vị giải quyết các vấn đề liên quan đến hóa đơn Medicare của mình. Chuyên viên tư vấn của SHIBA cũng có thể giúp quý vị giải đáp các câu hỏi hoặc vấn đề về Medicare và giúp quý vị hiểu rõ các lựa chọn chương trình Medicare của mình, cũng như trả lời các câu hỏi về việc thay đổi chương trình.

#### **PHƯƠNG THỨC TIẾP CẬN SHIP và CÁC NGUỒN LỰC KHÁC:**

- Truy cập <https://www.shiphelp.org> (Nhấp vào SHIP LOCATOR (CÔNG CỤ TÌM SHIP) ở giữa trang)
- Chọn **STATE (BANG)** của quý vị từ danh sách. Thao tác này sẽ đưa quý vị đến một trang có số điện thoại và nguồn lực cụ thể cho tiểu bang của mình.

Phương thức	Hỗ Trợ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Tuổi (Oregon SHIP) – Thông Tin Liên Hệ
<b>GỌI ĐIỆN</b>	1-800-722-4134
<b>TTY</b>	711
<b>GỬI THƯ</b>	SHIBA 500 Summer St. NE, E-12 Salem, OR 97301 Email: <a href="mailto:shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov">shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov</a>
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.shiba.oregon.gov">www.shiba.oregon.gov</a>

## PHẦN 4 Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng

Có một Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng được chỉ định để phục vụ cho những người thụ hưởng Medicare ở mỗi tiểu bang. Tại Oregon, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (Quality Improvement Organization) được gọi là Acentra Health.

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

Quý vị nên liên hệ với Acentra Health trong những trường hợp sau đây:

- Quý vị khiếu nại về chất lượng chăm sóc mà mình nhận được.
- Quý vị cho rằng bảo hiểm cho thời gian nằm viện của mình kết thúc quá sớm.
- Quý vị cho rằng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề hoặc cho các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) kết thúc quá sớm.

Phương thức	Acentra Health (Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của Oregon) – Thông Tin Liên Hệ
<b>GỌI ĐIỆN</b>	1-888-305-6759 (miễn phí)  Các Ngày Trong Tuần: 9:00 a.m. đến 5:00 p.m. Cuối Tuần và Ngày Lễ: 11:00 a.m. đến 4:00 p.m.  Quý vị cũng có thể để lại tin nhắn qua số điện thoại miễn phí, 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày một tuần.
<b>FAX</b>	1-844-878-7921 (miễn phí)

<b>Phương thức</b>	<b>Acentra Health (Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng của Oregon) – Thông Tin Liên Hệ</b>
<b>TTY</b>	711
<b>GỬI THƯ</b>	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
<b>TRANG WEB</b>	<a href="https://www.acentraqio.com/">https://www.acentraqio.com/</a>

## **PHẦN 5 Sở An Sinh Xã Hội**

Sở An Sinh Xã Hội chịu trách nhiệm xác định tình trạng hội đủ điều kiện và xử lý việc ghi danh Medicare. Công dân Hoa Kỳ và thường trú nhân hợp pháp từ 65 tuổi trở lên hoặc người bị khuyết tật hoặc mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối và đáp ứng một số điều kiện nhất định, đều đủ điều kiện nhận Medicare. Nếu quý vị đang được nhận chi phiếu An Sinh Xã Hội thì việc ghi danh vào Medicare sẽ được tiến hành tự động. Nếu chưa nhận được chi phiếu An Sinh Xã Hội, thì quý vị phải ghi danh vào Medicare. Để đăng ký Medicare, quý vị có thể gọi cho Sở An Sinh Xã Hội hoặc đến văn phòng Sở An Sinh Xã Hội tại địa phương của mình.

Sở An Sinh Xã Hội cũng chịu trách nhiệm xác định ai phải trả khoản tiền bổ sung cho bảo hiểm thuốc Part D của họ vì có thu nhập cao hơn. Nếu quý vị nhận được thư từ Sở An Sinh Xã Hội cho biết quý vị phải trả khoản tiền bổ sung này và thắc mắc về số tiền đó hoặc nếu thu nhập của quý vị giảm xuống do một biến cố thay đổi cuộc sống, quý vị có thể gọi cho Sở An Sinh Xã Hội để yêu cầu xem xét lại.

Nếu quý vị chuyển đi hoặc thay đổi địa chỉ nhận thư, quý vị nhất thiết phải thông báo với Sở An Sinh Xã Hội.

<b>Phương thức</b>	<b>Sở An Sinh Xã Hội – Thông Tin Liên Hệ</b>
<b>GỌI ĐIỆN</b>	1-800-772-1213 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Trực từ 8:00 am đến 7:00 pm, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Quý vị có thể sử dụng dịch vụ điện thoại tự động của Sở An Sinh Xã Hội để nhận thông tin được ghi âm lại và thực hiện một số công việc 24 giờ mỗi ngày.
<b>TTY</b>	1-800-325-0778 Để gọi số này cần phải có điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Trực từ 8:00 am đến 7:00 pm, Thứ Hai đến Thứ Sáu.
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

## PHẦN 6 Oregon Health Plan (Medicaid)

Oregon Health Plan (Medicaid) là chương trình chung của chính phủ Liên Bang và tiểu bang giúp chi trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập và nguồn lực hạn chế. Quý vị được bao trả đối với cả Medicare và Oregon Health Plan (Medicaid).

- **Người Thụ Hưởng Medicare Đủ Điều Kiện và được hưởng đầy đủ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid) (QMB+):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B và các khoản chia sẻ chi phí khác (như các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán) cho những người cũng đủ điều kiện nhận đầy đủ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid).
- **Người Thụ Hưởng Medicare Có Thu Nhập Thấp Theo Quy Định và được hưởng đầy đủ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid) (SLMB+):** Giúp thanh toán phí bảo hiểm Part B cho những người cũng đủ điều kiện nhận đầy đủ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid) cũng như khoản chia sẻ chi phí cho các quyền lợi mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.

Providence Health Assurance phục vụ các thành viên của Oregon Health Plan (Medicaid) theo Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp, Health Share of Oregon. Chương trình của chúng tôi bao trả cho các quyền lợi chăm sóc sức khỏe thể chất tùy thuộc vào những giới hạn trong Danh Sách Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Ưu Tiên. Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập [www.healthshareoregon.org](http://www.healthshareoregon.org) hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của chúng tôi.

Nếu quý vị có câu hỏi về sự hỗ trợ mà quý vị nhận được từ Oregon Health Plan (Medicaid), hãy liên hệ với Oregon Health Plan (Medicaid).

Phương thức	Oregon Health Plan (Medicaid) – Thông Tin Liên Hệ
<b>GỌI ĐIỆN</b>	1-800-273-0557 Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 5 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), Thứ Hai đến Thứ Sáu.
<b>TTY</b>	711
<b>GỬI THƯ</b>	Oregon Health Plan (OHP) PO Box 14015 Salem, OR 97309
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.oregon.gov/oha/healthplan">www.oregon.gov/oha/healthplan</a>

Văn Phòng Hỗ Trợ của Thống Đốc (Governor's Advocacy Office, GAO) thuộc Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Oregon (Oregon Department of Human Services) trợ giúp những người đã ghi danh vào Oregon Health Plan (Medicaid) giải quyết các vấn đề về dịch vụ hoặc thanh toán. Họ có thể giúp quý vị nộp đơn kháng cáo hoặc khiếu nại chương trình của chúng tôi.

<b>Phương thức</b>	<b>Văn Phòng Hỗ Trợ của Thống Đốc thuộc Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Oregon – Thông Tin Liên Hệ</b>
<b>GỌI ĐIỆN</b>	1-800-442-5238 hoặc 503-945-6904 Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 5 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), Thứ Hai đến Thứ Sáu.
<b>TTY</b>	711
<b>GỬI THƯ</b>	Oregon Department of Human Services Governor's Advocacy Office 500 Summer St. NE, E-17 Salem, OR 97310 Email: <a href="mailto:gao.info@odhs.oregon.gov">gao.info@odhs.oregon.gov</a>
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.oregon.gov/DHS/ABOUTDHS/Pages/gao.aspx">www.oregon.gov/DHS/ABOUTDHS/Pages/gao.aspx</a>

Văn Phòng Thanh Tra Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn của Oregon giúp mọi người nắm được thông tin về các viện dưỡng lão cũng như giải quyết vấn đề giữa viện dưỡng lão và cư dân hoặc gia đình cư dân.

<b>Phương thức</b>	<b>Văn Phòng Thanh Tra Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn của Oregon – Thông Tin Liên Hệ</b>
<b>GỌI ĐIỆN</b>	1-800-522-2602 hoặc 503-378-6533 Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 5 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), Thứ Hai đến Thứ Sáu.
<b>TTY</b>	711
<b>GỬI THƯ</b>	Oregon Long-Term Care Ombudsman 830 D, St NE Salem, OR 97301 Email: <a href="mailto:ltco.info@rights.oregon.gov">ltco.info@rights.oregon.gov</a>
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.oltco.org/">www.oltco.org/</a>

---

## PHẦN 7 Thông tin về các chương trình giúp thanh toán thuốc kê toa

---

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

### Chương Trình “Trợ Giúp Bổ Sung” của Medicare

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Oregon Health Plan (Medicaid) nên quý vị cũng đủ điều kiện nhận cũng như đang được nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare để thanh toán cho các chi phí của chương trình thuốc kê toa. Quý vị không cần làm gì khác để nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” này.

Nếu quý vị có câu hỏi về “Trợ Giúp Bổ Sung”, hãy gọi:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần;
- Văn Phòng An Sinh Xã Hội (Social Security Office) theo số 1-800-772-1213, từ 8 a.m. đến 7 p.m., Thứ Hai đến Thứ Sáu. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-800-325-0778; hoặc
- Văn Phòng Oregon Health Plan (Medicaid) Tiểu Bang (Xem Phần 6 của chương này để biết thông tin liên hệ.)

Nếu quý vị cho rằng mình đang phải thanh toán khoản chia sẻ chi phí không hợp lý khi nhận thuốc kê toa tại một nhà thuốc, chương trình của chúng tôi đã thiết lập một quy trình để quý vị yêu cầu hỗ trợ thu thập bằng chứng về mức đồng thanh toán phù hợp hoặc cung cấp cho chúng tôi nếu quý vị đã có bằng chứng.

- Vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng nếu quý vị cho rằng mình đang thanh toán khoản chia sẻ chi phí không hợp lý. Quý vị có thể xác nhận bảo hiểm hiện tại và liệu “Trợ Giúp Bổ Sung” có được áp dụng chính xác cho các quyền lợi của quý vị hay không. Nếu quý vị không đồng ý với kết quả của chúng tôi, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị cung cấp một trong những giấy tờ sau để xác minh việc quý vị đang nhận Trợ Cấp cho Người Có Thu Nhập Thấp:
  - Một bản sao thẻ Oregon Health Plan (Medicaid) có tên của quý vị và ngày đủ điều kiện trong tháng sau tháng 6 của năm trước;
  - Một bản sao văn bản của tiểu bang xác nhận trạng thái Oregon Health Plan (Medicaid) đang hoạt động trong tháng sau tháng 6 của năm trước;
  - Một bản in từ hồ sơ ghi danh điện tử của Tiểu Bang cho thấy trạng thái Oregon Health Plan (Medicaid) trong tháng sau tháng 6 của năm trước;
  - Một bản in ảnh chụp màn hình từ Hệ Thống Oregon Health Plan (Medicaid) của Tiểu Bang cho thấy trạng thái Oregon Health Plan (Medicaid) trong tháng sau tháng 6 của năm trước;
  - Các giấy tờ khác được cung cấp bởi Tiểu Bang cho thấy trạng thái Oregon Health Plan (Medicaid) trong tháng sau tháng 6 của năm trước; hoặc,



- Một lá thư từ Sở An Sinh Xã Hội cho thấy quý vị nhận Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (Supplemental Security Income, SSI).
- Sau khi nhận được một trong những tài liệu trên, chúng tôi sẽ cập nhật thông tin của quý vị trong vòng 72 giờ, để quý vị có thể nhận thuốc kê toa với chi phí mới. Nếu quý vị không thể cung cấp một trong những tài liệu trên nhưng vẫn cho rằng mình đủ điều kiện nhận “Trợ Giúp Bổ Sung”, bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng có thể giúp quý vị thực hiện các bước tiếp theo.
- Khi nhận được bằng chứng về mức đồng thanh toán của quý vị, chúng tôi sẽ cập nhật vào hệ thống để giúp quý vị thanh toán các khoản đồng thanh toán hợp lý vào lần tới khi quý vị nhận thuốc kê toa tại nhà thuốc. Nếu quý vị chi trả vượt quá khoản đồng thanh toán của mình, chúng tôi sẽ hoàn lại tiền cho quý vị. Chúng tôi sẽ chuyển chi phiếu số tiền vượt quá cho quý vị hoặc chúng tôi sẽ bù trừ vào các khoản đồng thanh toán trong tương lai. Nếu nhà thuốc chưa thu khoản đồng thanh toán từ quý vị và đang xử lý khoản đồng thanh toán của quý vị như một khoản nợ, thì chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho nhà thuốc. Nếu tiểu bang đã thanh toán thay cho quý vị, chúng tôi có thể thanh toán trực tiếp cho tiểu bang. Vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng nếu quý vị có câu hỏi.

**Nếu quý vị được nhận Trợ Giúp Bổ Sung và bảo hiểm từ Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) thì sao?  
Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP) là gì?**

Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS (ADAP) giúp những người đủ điều kiện nhận ADAP sống chung với HIV/AIDS được tiếp cận các loại thuốc điều trị HIV duy trì sự sống. Các loại thuốc kê toa Medicare Part D cũng có trong danh mục thuốc ADAP nếu đủ điều kiện hưởng hỗ trợ chia sẻ chi phí thuốc kê toa thông qua Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc AIDS của Oregon là CAREAssist.

**Lưu ý:** Để đủ điều kiện thụ hưởng ADAP tại Tiểu Bang của mình, các cá nhân phải đáp ứng một số tiêu chí nhất định, bao gồm bằng chứng cư trú tại Tiểu Bang và tình trạng nhiễm HIV, thu nhập thấp theo ngưỡng quy định của Tiểu Bang và tình trạng không được bảo hiểm/bảo hiểm không đủ. Nếu quý vị thay đổi chương trình, vui lòng thông báo cho nhân viên ghi danh ADAP địa phương để quý vị tiếp tục được nhận hỗ trợ. Để biết thông tin về các tiêu chí đủ điều kiện, thuốc được bao trả hoặc cách ghi danh vào chương trình, vui lòng gọi cho CAREAssist theo số 971-673-0144 hoặc 1-800-805-2313 (TTY 711).

---

## **PHẦN 8                      Cách liên hệ với Ban Hưu Trí Hòa Xa**

---

Ban Hưu Trí Hòa Xa là một cơ quan Liên Bang độc lập, chuyên quản lý các chương trình quyền lợi toàn diện cho công nhân đường sắt của quốc gia cùng gia đình của họ. Nếu quý vị nhận Medicare thông qua Ban Hưu Trí Hòa Xa, điều quan trọng là quý vị phải thông báo cho chúng tôi biết khi quý vị chuyển hoặc thay đổi địa chỉ gửi thư của mình. Nếu quý vị có thắc mắc liên quan đến quyền lợi của mình từ Ban Hưu Trí Hòa Xa, hãy liên hệ với cơ quan này.

Phương thức	Ban Hưu Trí Hỏa Xa – Thông Tin Liên Hệ
<b>GỌI ĐIỆN</b>	1-877-772-5772 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Nếu nhấn phím “0”, quý vị có thể nói chuyện với đại diện của RRB từ 9:00 am đến 3:30 pm vào Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu và từ 9:00 am đến 12:00 pm vào Thứ Tư. Nếu nhấn phím “1”, quý vị có thể được chuyển đến Đường Dây Hỗ Trợ Tự Động của RRB và thông tin được ghi lại 24 giờ mỗi ngày, kể cả những ngày cuối tuần và ngày lễ.
<b>TTY</b>	1-312-751-4701 Để gọi số này cần phải có điện thoại đặc biệt và chỉ dành cho người gặp khó khăn khi nghe hoặc nói. Các cuộc gọi đến số này <i>không</i> miễn phí.
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a>

---

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

---

Nếu quý vị (hoặc vợ/chồng hoặc bạn đời của quý vị) nhận quyền lợi từ chủ lao động hoặc nhóm hưu trí của quý vị (hoặc của vợ/chồng hoặc bạn đời của quý vị) theo chương trình này, quý vị có thể gọi cho chủ lao động/người quản lý quyền lợi nghiệp đoàn hoặc bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng nếu có câu hỏi. Quý vị có thể hỏi về các quyền lợi, phí bảo hiểm hoặc giai đoạn ghi danh bảo hiểm y tế với nhóm hưu trí hoặc chủ lao động của quý vị (hoặc của vợ/chồng hoặc bạn đời của quý vị). Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) để đặt câu hỏi liên quan đến bảo hiểm Medicare của mình theo chương trình này.

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

---

## **PHẦN 10**                      **Quý vị có thể nhận hỗ trợ từ dịch vụ Kết Nối Nguồn Lực Dành Cho Người Cao Tuổi và Người Khuyết Tật (ADRC) của Oregon**

---

Tại Oregon, vui lòng liên hệ với dịch vụ Kết Nối Nguồn Lực Dành Cho Người Cao Tuổi và Người Khuyết Tật (Aging and Disability Resource Connection of Oregon, ADRC) của Oregon theo số 1-855-ORE-ADRC (1-855-673-2372), [www.adrcforegon.org](http://www.adrcforegon.org).

# CHƯƠNG 3:

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

## PHẦN 1 Những điều cần biết về việc nhận dịch vụ chăm sóc y tế khi trở thành thành viên của chương trình chúng tôi

Chương này giải thích những điều quý vị cần biết khi sử dụng chương trình để bao trả các dịch vụ chăm sóc y tế. Trong chương có định nghĩa các thuật ngữ và giải thích các quy tắc mà quý vị sẽ phải tuân theo để nhận điều trị y tế, dịch vụ, thiết bị, thuốc kê toa và các dịch vụ y tế khác mà chương trình bao trả.

Để biết chi tiết về loại dịch vụ chăm sóc y tế được chương trình của chúng tôi bao trả, hãy sử dụng bảng quyền lợi trong chương tiếp theo, Chương 4 (*Bảng Quyền Lợi Y Tế, các dịch vụ được bao trả*).

### Phần 1.1 Nhà cung cấp trong mạng lưới và dịch vụ được bao trả là gì?

- **Nhà cung cấp** là các bác sĩ và các chuyên viên chăm sóc sức khỏe khác được tiêu bang cấp phép để cung cấp các dịch vụ và chăm sóc y tế. Thuật ngữ nhà cung cấp cũng bao gồm bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác.
- **Nhà cung cấp trong mạng lưới** là các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, các nhóm y tế, nhà cung cấp thiết bị y tế lâu bền, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác có thỏa thuận chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi dưới hình thức thanh toán toàn bộ. Chúng tôi đã thỏa thuận để các nhà cung cấp này cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các thành viên trong chương trình của mình. Nhà cung cấp trong mạng lưới sẽ lập hóa đơn trực tiếp cho chúng tôi đối với các dịch vụ chăm sóc mà họ cung cấp cho quý vị. Khi sử dụng một nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị không phải trả bất cứ khoản nào cho các dịch vụ được bao trả.
- **Các dịch vụ được bao trả** bao gồm tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, chăm sóc y tế, vật tư, thiết bị và Thuốc Kê Toa được bao trả bởi chương trình của chúng tôi. Các dịch vụ được bao trả để chăm sóc y tế cho quý vị được liệt kê trong bảng quyền lợi ở Chương 4. Những dịch vụ được bao trả cho thuốc kê toa của quý vị có trong Chương 5.

### Phần 1.2 Các quy tắc cơ bản để dịch vụ chăm sóc y tế được chương trình bao trả

Là một chương trình sức khỏe Medicare, Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) phải bao trả tất cả các dịch vụ mà Original Medicare bao trả.

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) thường sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị miễn là:

- **Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được có trong Bảng Quyền Lợi Y Tế của chương trình** (bảng này có trong Chương 4 của tài liệu này).
- **Dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được xem là cần thiết về mặt y tế.** Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ, vật tư, thiết bị hoặc thuốc cần dùng để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị cho tình trạng y tế của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn đã được chấp nhận về thực hành y khoa.

- **Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (Primary care provider, PCP) trong mạng lưới, họ đang cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc của quý vị.** Là thành viên chương trình của chúng tôi, quý vị phải chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính trong mạng lưới (để biết thêm thông tin về vấn đề này, hãy xem Phần 2.1 trong chương này).
  - Quý vị không cần giấy giới thiệu từ PCP để thăm khám với bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới hay nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu và khẩn cấp. Tuy nhiên, PCP có thể vẫn muốn giới thiệu một bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới phù hợp với tình trạng bệnh lý của quý vị cũng như cung cấp dịch vụ chăm sóc theo dõi nếu cần thiết. Để các dịch vụ chăm sóc được điều phối hợp lý, quý vị nên thông báo cho PCP khi muốn thăm khám với bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới.
- **Quý vị phải nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới** (để biết thêm thông tin về vấn đề này, hãy xem Phần 2 trong chương này). Trong hầu hết các trường hợp, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới (nhà cung cấp không thuộc mạng lưới của chương trình chúng tôi) sẽ không được bao trả. Điều đó có nghĩa là quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho nhà cung cấp đối với các dịch vụ đã nhận. *Sau đây là ba trường hợp ngoại lệ:*
  - Chương trình sẽ bao trả cho các dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc cấp thiết mà quý vị nhận từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Để biết thêm thông tin về vấn đề này và để tìm hiểu thế nào là dịch vụ cấp thiết hoặc cấp cứu, hãy xem Phần 3 trong chương này.
  - Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả nhưng không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chúng tôi cung cấp dịch vụ này, thì quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc đó từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới với cùng một mức chia sẻ chi phí mà quý vị thường thanh toán trong mạng lưới. Quý vị cần phải được chương trình cho phép trước khi tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chi trả ngang bằng với chi phí cho dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp trong mạng lưới. Để biết thông tin về việc xin chấp thuận để khám tại bác sĩ ngoài mạng lưới, hãy xem Phần 2.4 trong chương này.
  - Chương trình sẽ chi trả cho các dịch vụ lọc thận mà quý vị nhận tại một cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này của quý vị tạm thời không có sẵn hoặc không thể tiếp cận. Khoản chia sẻ chi phí mà quý vị thanh toán cho chương trình đối với dịch vụ lọc máu có thể không bao giờ vượt quá khoản chia sẻ chi phí trong Original Medicare. Nếu quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình và nhận dịch vụ lọc máu từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới của chương trình, thì khoản chia sẻ chi phí của quý vị không thể vượt quá khoản chia sẻ chi phí quý vị thanh toán trong mạng lưới. Tuy nhiên, nếu nhà cung cấp dịch vụ lọc máu trong mạng lưới mà quý vị hay dùng tạm thời không có sẵn và quý vị chọn nhận dịch vụ trong khu vực từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới của chương trình, thì khoản chia sẻ chi phí cho dịch vụ lọc máu có thể sẽ cao hơn.

---

## **PHẦN 2 Nhận dịch vụ chăm sóc y tế từ các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình**

---

<b>Phần 2.1</b>	<b>Quý vị phải chọn một Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP) để cung cấp và giám sát việc chăm sóc y tế của quý vị</b>
-----------------	---

### **PCP là gì và PCP làm gì cho quý vị?**

#### **PCP là gì?**

Khi ghi danh vào Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), quý vị phải chọn một nhà cung cấp có sẵn của chương trình làm PCP được chỉ định của quý vị. PCP là một bác sĩ, điều dưỡng điều trị hoặc chuyên viên chăm sóc sức khỏe đáp ứng yêu cầu của tiểu bang và được đào tạo để chăm sóc y tế cơ bản cho quý vị. Ngoài ra, để chăm sóc cơ bản hoặc định kỳ cho quý vị, PCP của quý vị sẽ điều phối các dịch vụ được bao trả khác mà quý vị nhận với tư cách là thành viên của chương trình. Ví dụ: có thể PCP được chỉ định sẽ muốn quý vị xin chấp thuận trước khi thăm khám với bác sĩ chuyên khoa (việc này được gọi là điều phối dịch vụ chăm sóc).

Quý vị phải thăm khám với Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP) được chỉ định đối với các dịch vụ Chăm Sóc Chính. Nếu thăm khám với Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP) thuộc mạng lưới nhưng không phải là Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP) được chỉ định của quý vị, quý vị sẽ không được bao trả chi phí dịch vụ.

#### **Những loại nhà cung cấp nào có thể hoạt động như một PCP?**

Có nhiều loại nhà cung cấp khác nhau đủ tiêu chuẩn để trở thành PCP. PCP của quý vị có thể là:

- Bác Sĩ Nội Khoa
- Bác Sĩ Gia Đình
- Bác Sĩ Đa Khoa
- Bác Sĩ Lão Khoa
- Điều Dưỡng Điều Trị

#### **Vai trò của PCP trong chương trình của quý vị là gì?**

Thông thường, quý vị sẽ khám tại PCP trước để đáp ứng các nhu cầu chăm sóc sức khỏe. Chỉ có một vài loại dịch vụ được bao trả mà quý vị có thể tự ý sử dụng mà không cần liên hệ trước với PCP của mình. Vui lòng xem Phần 2.2 về những trường hợp ngoại lệ này.

#### **Vai trò của PCP trong việc điều phối các dịch vụ được bao trả là gì?**

Như đã đề cập trước đó, PCP của quý vị sẽ cung cấp hầu hết các dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Họ cũng sẽ giúp điều phối các dịch vụ được bao trả còn lại, như chụp x-quang, xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, trị liệu, thăm khám tại bác sĩ chuyên khoa, nhập viện và chăm sóc theo dõi. Việc “điều phối” các dịch vụ của quý vị bao gồm tiếp cận các nhà cung cấp khác của chương trình để thảo luận về dịch vụ chăm sóc và tiến độ của quý vị. Nếu quý vị cần một số loại dịch vụ hoặc vật tư được bao trả nhất định, PCP có thể cần điều phối trước cho quý vị.

### **Vai trò của PCP trong việc ra quyết định hoặc yêu cầu sự cho phép trước, nếu có, là gì?**

Trong một số trường hợp, PCP của quý vị cũng sẽ cần phải yêu cầu sự cho phép trước (chấp thuận trước) rồi quý vị mới được nhận một số dịch vụ. Bởi vì PCP của quý vị sẽ cung cấp và điều phối hầu hết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, quý vị cần xác nhận rằng văn phòng của họ có tất cả hồ sơ y tế trước đó của quý vị.

### **Quý vị chọn PCP của mình như thế nào?**

Quý vị có thể chọn PCP của mình từ *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp*, có sẵn tại trang web của chúng tôi [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider). Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng để được hỗ trợ chọn PCP. Một khi đưa ra quyết định, quý vị phải thông báo cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng để đảm bảo việc xử lý yêu cầu thanh toán bảo hiểm và quy trình thanh toán được tiến hành chính xác.

Điều quan trọng là phải chú ý tới các cơ sở và nhà cung cấp khác khi quý vị lựa chọn PCP. Ví dụ: nếu quý vị muốn sử dụng một bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể, hãy kiểm tra xem PCP, bác sĩ chuyên khoa hoặc cơ sở mà quý vị sắp sử dụng đó có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không bằng cách tìm kiếm trong Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng để được trợ giúp.

### **Thay đổi PCP của quý vị**

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

Vui lòng thông báo cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của Providence Health Assurance trước buổi thăm khám đầu tiên nếu quý vị muốn thay đổi PCP. Việc thay đổi PCP sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau ngày quý vị yêu cầu. Bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng luôn sẵn lòng trợ giúp quý vị.

Xin lưu ý: Nếu quý vị muốn sử dụng một bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể, vui lòng điều phối các dịch vụ với PCP của quý vị.

<b>Phần 2.2</b>	<b>Quý vị có thể được nhận những loại hình chăm sóc y tế nào mà không cần được PCP giới thiệu?</b>
-----------------	--

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

- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ cho phụ nữ, bao gồm khám ngực, chụp tuyến vú (chụp x-quang ngực), xét nghiệm Pap và khám xương chậu miễn là quý vị nhận các dịch vụ đó từ một nhà cung cấp trong mạng lưới
- Tiêm phòng (hoặc vắc-xin) bệnh cúm, tiêm ngừa COVID-19 và tiêm ngừa viêm phổi.
- Dịch vụ cấp cứu từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới

- Các dịch vụ cấp thiết được chương trình bao trả, tức là các dịch vụ đòi hỏi phải chăm sóc y tế ngay lập tức nhưng không phải trường hợp cấp cứu, với điều kiện là quý vị tạm thời đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc việc sử dụng dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng là không hợp lý xét theo thời gian, địa điểm và tình huống của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cấp thiết: bệnh và thương tích không lường trước được hoặc những đợt bùng phát bất ngờ của các tình trạng sẵn có. Tuy nhiên, các lần thăm khám định kỳ và cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp, chẳng hạn như kiểm tra sức khỏe hàng năm, không được coi là cấp thiết ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc tạm thời không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình.
- Dịch vụ lọc thận mà quý vị nhận tại một cơ sở lọc máu được Medicare chứng nhận, khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình. Nếu có thể, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng trước khi quý vị rời khỏi khu vực dịch vụ để chúng tôi có thể giúp sắp xếp việc duy trì lọc máu cho quý vị khi quý vị đi xa.
- Các dịch vụ về sức khỏe tâm thần và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện. Vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng để biết thông tin chi tiết.
- Khám mắt và vật dụng hỗ trợ thị lực định kỳ. Quý vị có thể khám mắt và nhận vật dụng hỗ trợ định kỳ từ bất kỳ nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn nào chấp nhận Medicare. Vui lòng xem Bảng Quyền Lợi Y Tế ở Chương 4 để biết thông tin chi tiết.
- Hãy liên hệ với PCP để được giới thiệu bác sĩ chuyên khoa cho các nhu cầu chăm sóc y tế của quý vị.

<b>Phần 2.3</b>	<b>Cách nhận dịch vụ chăm sóc từ các bác sĩ chuyên khoa và các nhà cung cấp khác trong mạng lưới</b>
-----------------	--

Bác sĩ chuyên khoa là các bác sĩ cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho một bệnh hoặc một bộ phận nhất định của cơ thể. Có nhiều dạng bác sĩ chuyên khoa. Dưới đây là một số ví dụ:

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

Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chỉ được bao trả khi cần thiết về mặt y tế. Xin lưu ý rằng PCP của quý vị sẽ cung cấp hầu hết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và khi phù hợp về mặt y tế, họ sẽ phối hợp với bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới Providence để tiếp tục chăm sóc quý vị.

Các dịch vụ như thủ thuật phẫu thuật tự chọn, nhập viện và chăm sóc điều dưỡng lành nghề phải được Providence Health Assurance chấp thuận trước ngày nhận dịch vụ. Tương tự, việc cho phép khám tại các nhà cung cấp ngoài mạng lưới phải được Providence Health Assurance chấp thuận trước khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc. PCP của quý vị chịu trách nhiệm xin chấp thuận của Providence Health Assurance cho việc trên. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.



Nếu quý vị muốn sử dụng một bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện cụ thể, trước tiên hãy tham vấn PCP để đảm bảo bác sĩ chuyên khoa hoặc cơ sở mà quý vị muốn nằm trong mạng lưới của chúng tôi. Để tìm nhà cung cấp, bác sĩ chuyên khoa hoặc cơ sở, vui lòng truy cập [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider).

Vui lòng tham khảo Chương 4, Phần 2.1 để biết thông tin về những dịch vụ cần phải được chấp thuận trước.

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

Chúng tôi có thể thay đổi bệnh viện, bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa (các nhà cung cấp) thuộc chương trình của quý vị trong năm. Nếu bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị rời khỏi chương trình, quý vị có sự bảo vệ và các quyền nhất định được tóm tắt dưới đây:

- Mặc dù chúng tôi có thể thay đổi các nhà cung cấp thuộc mạng lưới trong năm, nhưng Medicare yêu cầu chúng tôi phải sắp xếp để đảm bảo quý vị không bị gián đoạn khả năng tiếp cận với các bác sĩ và bác sĩ chuyên khoa có chất lượng.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị rằng nhà cung cấp của quý vị sẽ rời khỏi chương trình của chúng tôi để quý vị có thời gian lựa chọn một nhà cung cấp mới.
  - Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính hoặc sức khỏe hành vi của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị đã khám tại cơ sở của nhà cung cấp đó trong vòng ba năm qua.
  - Nếu bất kỳ nhà cung cấp nào khác của quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị được chỉ định cho nhà cung cấp đó, hiện đang nhận dịch vụ chăm sóc từ họ hoặc đã khám tại cơ sở của họ trong vòng ba tháng qua.
- Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị lựa chọn một nhà cung cấp mới trong mạng lưới đủ điều kiện mà quý vị có thể tiếp cận để tiếp tục được chăm sóc.
- Nếu đang trong quá trình điều trị hoặc trị liệu y tế với nhà cung cấp hiện tại, quý vị có quyền yêu cầu và chúng tôi sẽ hợp tác với quý vị để đảm bảo rằng các phương pháp điều trị hoặc trị liệu cần thiết về mặt y tế mà quý vị đang nhận sẽ không bị gián đoạn.
- Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về các giai đoạn ghi danh khác nhau dành cho quý vị và các lựa chọn mà quý vị có thể có để thay đổi chương trình.
- Chúng tôi sẽ thu xếp cho bất kỳ quyền lợi được bao trả cần thiết về mặt y tế nào bên ngoài mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi, nhưng với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới, khi nhà cung cấp hoặc quyền lợi trong mạng lưới không có sẵn hoặc không đủ để đáp ứng nhu cầu y tế của quý vị. Xin lưu ý rằng các quy tắc về sự cho phép trước có thể vẫn áp dụng trong trường hợp này.
- Nếu quý vị biết bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa của mình sắp rời khỏi chương trình, xin hãy liên hệ để chúng tôi hỗ trợ quý vị tìm một nhà cung cấp mới giúp quản lý hoạt động chăm sóc cho quý vị.

- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi không cung cấp cho quý vị một nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn để thay thế nhà cung cấp trước đó của quý vị hoặc dịch vụ chăm sóc của quý vị không được quản lý một cách phù hợp, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc với QIO, nộp đơn phản nàn về chất lượng dịch vụ chăm sóc cho chương trình hoặc cả hai. Vui lòng xem Chương 9.

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

Thông thường, dịch vụ chăm sóc quý vị nhận được từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới (nhà cung cấp không thuộc mạng lưới chương trình của chúng tôi) sẽ không được bao trả. Sau đây là 5 trường hợp ngoại lệ sẽ được thanh toán theo chi phí trong mạng lưới nếu nhận dịch vụ của nhà cung cấp ngoài mạng lưới:

- Dịch vụ chăm sóc cấp thiết hoặc cấp cứu khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc khi các nhà cung cấp trong khu vực tạm thời không có sẵn. Vui lòng xem Chương 4, Phần 2.1 để biết thông tin chi tiết về cách nhận dịch vụ chăm sóc này.
- Tiêm ngừa bệnh cúm hoặc tiêm ngừa viêm phổi.
- Dịch vụ lọc thận mà quý vị nhận từ cơ sở lọc máu khi quý vị tạm thời ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình.
- Khám mắt và kính mắt định kỳ. Vui lòng xem Chương 4, Phần 2.1 để biết thông tin chi tiết về cách nhận dịch vụ chăm sóc này.
- Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế mà Medicare yêu cầu chương trình chúng tôi bao trả, nhưng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi không thể đáp ứng, thì quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc này từ một nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Quý vị cần phải được chương trình cho phép trước khi tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc. Nhà cung cấp của quý vị chịu trách nhiệm yêu cầu sự cho phép trước khi cung cấp các dịch vụ cho quý vị. Nếu được cho phép, quý vị sẽ thanh toán số tiền ngang bằng như khi nhận dịch vụ chăm sóc từ nhà cung cấp trong mạng lưới.

## **PHẦN 3                    Cách nhận các dịch vụ khi cần chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp hoặc trong trường hợp có thảm họa**

### **Phần 3.1                    Nhận sự chăm sóc khi quý vị cần cấp cứu y tế**

#### **Cấp cứu y tế là gì và quý vị nên làm gì nếu cần cấp cứu?**

**Cấp cứu y tế** là khi quý vị hoặc một người không có chuyên môn nào khác, có hiểu biết vừa phải về sức khỏe và y học, thấy rằng quý vị có các triệu chứng sức khỏe cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để tránh mất mạng (và thai lưu nếu quý vị đang mang thai), mất chi, mất chức năng của chi, mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh tật, chấn thương, đau dữ dội hoặc tình trạng sức khỏe xấu đi nhanh chóng.

Nếu quý vị cần cấp cứu y tế:

- **Hãy tìm kiếm sự trợ giúp nhanh nhất có thể.** Gọi 911 để được hỗ trợ hoặc đến phòng cấp cứu hay bệnh viện gần nhất. Gọi xe cấp cứu nếu cần thiết. Quý vị *không* cần phải được PCP của mình giới thiệu hay chấp thuận trước. Quý vị không cần phải sử dụng bác sĩ trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu được bao trả ở mọi nơi, mọi lúc tại Hoa Kỳ và các lãnh thổ của Hoa Kỳ và từ bất kỳ nhà cung cấp nào có giấy phép phù hợp của tiểu bang ngay cả khi họ không thuộc mạng lưới của chúng tôi.

### **Những khoản được bao trả khi quý vị được cấp cứu y tế:**

Chương trình của chúng tôi bao trả các dịch vụ phương tiện cứu thương trong các tình huống mà việc đến phòng cấp cứu bằng phương tiện khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của quý vị. Chúng tôi cũng bao trả các dịch vụ y tế trong thời gian cấp cứu.

Bác sĩ cấp cứu cho quý vị là người quyết định thời điểm sức khỏe của quý vị ổn định và hoạt động cấp cứu y tế kết thúc.

Sau khi cấp cứu xong, quý vị có quyền được chăm sóc theo dõi để đảm bảo sức khỏe của quý vị tiếp tục ổn định. Bác sĩ của quý vị sẽ tiếp tục điều trị cho quý vị cho đến khi bác sĩ liên hệ với chúng tôi và lập kế hoạch chăm sóc bổ sung. Chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho hoạt động chăm sóc theo dõi của quý vị.

Nếu hoạt động chăm sóc cấp cứu cho quý vị được thực hiện thông qua các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, thì chúng tôi sẽ cố gắng thu xếp để các nhà cung cấp trong mạng lưới tiếp nhận hoạt động chăm sóc cho quý vị ngay khi tình hình sức khỏe của quý vị và hoàn cảnh cho phép.

### **Nếu đó không phải là trường hợp cấp cứu y tế thì sao?**

Đôi khi rất khó để xác định liệu quý vị có đang gặp phải trường hợp cấp cứu y tế hay không. Ví dụ: quý vị có thể đến cấp cứu vì nghĩ rằng sức khỏe của mình đang có vấn đề nghiêm trọng, nhưng sau đó bác sĩ nói rằng đó không phải là một trường hợp cấp cứu y tế. Dù đó không phải là trường hợp cấp cứu, nhưng nếu quý vị cho rằng sức khỏe của mình đang gặp nguy hiểm nghiêm trọng, thì chúng tôi cũng sẽ bao trả cho hoạt động chăm sóc của quý vị.

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

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

### **Phần 3.2 Nhận sự chăm sóc khi quý vị có nhu cầu cấp thiết đối với dịch vụ**

#### **Dịch vụ cấp thiết là gì?**

Một dịch vụ được chương trình bao trả đòi hỏi phải chăm sóc y tế ngay lập tức nhưng không phải là trường hợp cấp cứu sẽ được coi là dịch vụ cấp thiết nếu quý vị tạm thời đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc việc sử dụng dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng là không hợp lý xét theo thời gian, địa điểm và tình huống của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cấp thiết: bệnh và thương tích không lường trước được hoặc những đợt bùng phát bất ngờ của các tình trạng sẵn có. Tuy nhiên, các lần thăm khám định kỳ và cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp, chẳng hạn như kiểm tra sức khỏe hàng năm, không được coi là cấp thiết ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc tạm thời không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình.

Nếu gặp trường hợp y tế khẩn cấp, quý vị có thể liên hệ với bác sĩ chăm sóc chính hoặc gọi cho ProvRN theo số 503-574-6520 hoặc 1-800-700-0481 và/hoặc nhận dịch vụ từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc khẩn cấp. Vui lòng xem Chương 4, Phần 2 để biết thông tin về chia sẻ chi phí.

Chương trình của chúng tôi không bao trả cho các dịch vụ cấp cứu, dịch vụ cấp thiết hay bất cứ dịch vụ chăm sóc nào khác mà quý vị nhận được bên ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.

### **Phần 3.3 Nhận chăm sóc khi có thảm họa**

Nếu Thống Đốc tiểu bang của quý vị, Bộ Trưởng Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ hoặc Tổng Thống Hoa Kỳ ban bố tình trạng thảm họa hoặc tình trạng khẩn cấp trong khu vực địa lý của quý vị, thì quý vị vẫn có quyền được nhận chăm sóc từ chương trình của mình.

Vui lòng truy cập vào trang web sau: [www.ProvidenceHealthAssurance.com/disastercare](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/disastercare) để biết thông tin về cách nhận dịch vụ chăm sóc cần thiết trong trường hợp xảy ra thảm họa.

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

## **PHẦN 4**                      **Sẽ như thế nào nếu quý vị đã thanh toán trực tiếp toàn bộ chi phí cho các dịch vụ của mình?**

### **Phần 4.1**                      **Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ được bao trả**

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) chỉ có thể bồi hoàn chi phí cho các dịch vụ được Medicare bao trả chứ không bồi hoàn cho dịch vụ được Medicaid bao trả. Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu bồi hoàn của quý vị thì khoản tiền chúng tôi thanh toán cho quý vị sẽ chỉ bao gồm số tiền được Medicare cho phép (số tiền chúng tôi thường trả cho một nhà cung cấp đối với dịch vụ) và không bao gồm các khoản mà Medicaid bao trả, chẳng hạn như khoản đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ của Medicare.

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

### **Phần 4.2**                      **Việc quý vị cần làm nếu các dịch vụ không được chương trình bao trả**

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) bao trả toàn bộ các dịch vụ cần thiết về mặt y tế như đã liệt kê trong Bảng Quyền Lợi Y Tế ở Chương 4 của tài liệu này. Nếu quý vị nhận các dịch vụ không được bao trả bởi chương trình của chúng tôi hoặc các dịch vụ ngoài mạng lưới và không được cho phép, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí của các dịch vụ đó.

Đối với các dịch vụ được bao trả có giới hạn quyền lợi, quý vị cũng phải thanh toán toàn bộ chi phí của bất kỳ dịch vụ nào đã nhận sau khi sử dụng hết quyền lợi của mình cho loại dịch vụ được bao trả đó. Một khi đạt đến giới hạn quyền lợi cho một dịch vụ cụ thể, bất kỳ chi phí tự trả bổ sung nào của quý vị cho dịch vụ đó đều sẽ không được tính vào số tiền tự trả tối đa trong chương trình của quý vị. Quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng khi muốn biết quý vị đã sử dụng bao nhiêu trong giới hạn quyền lợi của mình.

**XIN LƯU Ý:** Quý vị là thành viên đủ điều kiện hưởng quyền lợi kép (vì quý vị có cả Medicare và Oregon Health Plan (Medicaid)) nên một số quyền lợi mà Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) không bao trả có thể được bao trả theo quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid). Vui lòng xem phần "Tóm Tắt Các Dịch Vụ Được Bao Trả của Oregon Health Plan (Medicaid)" trong bản Tóm Tắt Các Quyền Lợi Bảo Hiểm dành cho bảo hiểm Oregon Health Plan (Medicaid) của quý vị để biết thêm thông tin. Trước khi thanh toán, quý vị đừng quên trao đổi với Oregon Health Plan (Medicaid).

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

### **Phần 5.1**                    **Nghiên cứu lâm sàng là gì?**

Nghiên cứu lâm sàng (còn được gọi là thử nghiệm lâm sàng) là phương pháp để các bác sĩ và nhà khoa học thử nghiệm các loại hình chăm sóc y tế mới, ví dụ như mức độ đáp ứng của một loại thuốc ung thư mới. Medicare chấp thuận một số nghiên cứu lâm sàng nhất định. Các nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận thường yêu cầu tình nguyện viên tham gia vào nghiên cứu.

Một khi Medicare chấp thuận nghiên cứu và quý vị có ý muốn tham gia, một số người phụ trách nghiên cứu sẽ liên hệ với quý vị để giải thích rõ hơn về nghiên cứu và xem liệu quý vị có đáp ứng các yêu cầu được đặt ra bởi các nhà khoa học điều hành nghiên cứu không. Quý vị có thể tham gia vào nghiên cứu miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu của nghiên cứu đó và quý vị đã hiểu cặn kẽ cũng như chấp nhận các vấn đề có liên quan khi quý vị tham gia vào nghiên cứu.

Nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu được Medicare chấp thuận, Original Medicare sẽ chi trả hầu hết các chi phí cho các dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được khi tham gia nghiên cứu. Nếu quý vị thông báo với chúng tôi rằng quý vị đang tham gia vào một thử nghiệm lâm sàng đủ tiêu chuẩn, thì quý vị sẽ chỉ chịu trách nhiệm thanh toán khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho các dịch vụ trong thử nghiệm đó. Nếu quý vị thanh toán nhiều hơn, ví dụ như nếu quý vị đã thanh toán khoản chia sẻ chi phí Original Medicare, chúng tôi sẽ bồi hoàn phần chênh lệch giữa khoản thanh toán của quý vị và khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Tuy nhiên, quý vị sẽ cần phải cung cấp giấy tờ để cho chúng tôi biết quý vị đã thanh toán bao nhiêu tiền. Khi đang tham gia một nghiên cứu lâm sàng, quý vị vẫn có thể duy trì tham gia chương trình của chúng tôi và tiếp tục được nhận các dịch vụ chăm sóc còn lại của mình (dịch vụ chăm sóc không liên quan đến nghiên cứu) thông qua chương trình của chúng tôi.

Nếu muốn tham gia vào bất kỳ nghiên cứu lâm sàng nào được Medicare chấp thuận, quý vị *không* cần phải thông báo với chúng tôi hoặc xin chấp thuận từ chúng tôi hay PCP của quý vị. Các nhà cung cấp chăm sóc cho quý vị trong quá trình tham gia nghiên cứu lâm sàng *không* nhất thiết phải thuộc mạng lưới của chương trình chúng tôi. Xin lưu ý rằng điều này không bao gồm các quyền lợi mà chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm bao gồm, như một thành phần, thử nghiệm lâm sàng hoặc sổ đăng ký để đánh giá quyền lợi. Những quyền lợi này bao gồm một số quyền lợi nhất định được chỉ định theo quyết định bảo hiểm quốc gia yêu cầu chi trả bảo hiểm trong quá trình thu thập thêm bằng chứng (NCDs-CED) và nghiên cứu có sử dụng thiết bị được cấp phép cho nghiên cứu (Investigational device exemption, IDE), đồng thời có thể cần sự cho phép trước và tuân theo các quy tắc khác của chương trình.

Mặc dù quý vị không cần xin phép chương trình của chúng tôi để tham gia vào nghiên cứu lâm sàng, được bao trả cho những người ghi danh Medicare Advantage theo Original Medicare nhưng quý vị vẫn nên thông báo trước khi chọn tham gia vào thử nghiệm lâm sàng đủ tiêu chuẩn của Medicare.

Nếu quý vị tham gia vào một nghiên cứu *không* được Medicare chấp thuận, *quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán mọi chi phí cho việc tham gia vào nghiên cứu đó.*

**Phần 5.2**                      **Khi quý vị tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng, việc thanh toán sẽ diễn ra như thế nào?**

Khi tham gia vào một nghiên cứu lâm sàng được Medicare chấp thuận, Original Medicare sẽ bao trả cho các vật phẩm và dịch vụ thông thường mà quý vị nhận được trong quá trình nghiên cứu, bao gồm:

- Tiền ăn ở cho thời gian nằm viện mà Medicare sẽ thanh toán ngay cả khi quý vị không tham gia vào nghiên cứu.
- Phẫu thuật hoặc thủ thuật y tế khác khi tham gia nghiên cứu.
- Điều trị các tác dụng phụ và biến chứng của phương pháp chăm sóc mới.

Sau khi Medicare thanh toán phần chia sẻ chi phí của họ cho các dịch vụ này, chương trình của chúng tôi sẽ thanh toán phần còn lại. Giống như với tất cả các dịch vụ được bao trả, quý vị không phải trả bất cứ khoản nào cho dịch vụ được bao trả mà quý vị nhận được trong công trình nghiên cứu lâm sàng.

Khi quý vị tham gia vào công trình nghiên cứu lâm sàng, **Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ không thanh toán cho bất kỳ chi phí nào sau đây:**

- Nhìn chung, Medicare sẽ *không* thanh toán cho vật dụng hoặc dịch vụ mới mà nghiên cứu đang thử nghiệm nếu Medicare không bao trả vật dụng hoặc dịch vụ đó ngay cả khi quý vị *không* tham gia vào một nghiên cứu.
- Các vật phẩm hoặc dịch vụ được cung cấp chỉ để thu thập dữ liệu chứ không phải dùng để trực tiếp chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Ví dụ: Medicare sẽ không thanh toán cho các lần chụp CT hàng tháng trong nghiên cứu nếu bệnh trạng của quý vị thường chỉ cần một lần chụp CT.
- Các vật phẩm và dịch vụ thường được nhà tài trợ nghiên cứu cung cấp miễn phí cho bất cứ ai đăng ký tham gia thử nghiệm.

**Quý vị muốn biết thêm thông tin?**

Quý vị có thể xem thêm thông tin về việc tham gia nghiên cứu lâm sàng bằng cách truy cập trang web của Medicare để đọc hoặc tải xuống ấn phẩm *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare và Các Nghiên Cứu Lâm Sàng). (Ấn phẩm có tại:

[www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).) Quý vị cũng có thể gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.

## PHẦN 6 Quy tắc nhận chăm sóc trong tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo

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

Tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo là cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc cho tình trạng thường sẽ được điều trị trong bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng lành nghề. Nếu việc nhận dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng lành nghề đi ngược lại với niềm tin tôn giáo của thành viên, thay vào đó, chúng tôi sẽ bao trả cho dịch vụ chăm sóc tại tổ chức chăm sóc sức khỏe phi y tế tôn giáo. Quyền lợi này chỉ được cung cấp cho dịch vụ nội trú Part A (các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phi y tế).

### Phần 6.2 Nhận Dịch Vụ Chăm Sóc từ Tổ Chức Chăm Sóc Sức Khỏe Phi Y Tế Tôn Giáo

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

- Dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế **không loại trừ** là bất kỳ dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế nào *tự nguyện* và *không bắt buộc* theo bất kỳ luật nào của liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.
- Dịch vụ điều trị y tế **loại trừ** là dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế mà quý vị nhận *không tự nguyện* hoặc *bắt buộc* theo pháp luật của liên bang, tiểu bang hoặc địa phương.

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

- Cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc phải được Medicare chứng nhận.
- Đối với các dịch vụ quý vị nhận được, khoản bao trả của chương trình chúng tôi giới hạn ở các khía cạnh *phi tôn giáo* của dịch vụ chăm sóc.
- Nếu quý vị nhận các dịch vụ do tổ chức này cung cấp tại một cơ sở, các điều kiện sau đây sẽ áp dụng:
  - Quý vị phải có một tình trạng bệnh lý cho phép quý vị nhận các dịch vụ được bao trả đối với dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện hoặc chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề.
  - – và – Quý vị phải được chương trình của chúng tôi chấp thuận trước khi được nhận vào cơ sở đó, nếu không, thời gian quý vị lưu trú tại cơ sở đó sẽ không được bao trả.

Không giới hạn số ngày được bao trả bởi chương trình cho mỗi lần nằm viện nội trú. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem hàng “Dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện” trong Bảng Quyền Lợi Y Tế, Chương 4, Phần 2 của tài liệu này.



## PHẦN 7 Quy tắc sở hữu thiết bị y tế lâu bền

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

Thiết bị y tế lâu bền (Durable medical equipment, DME) bao gồm các vật dụng như vật tư và thiết bị cấp ôxy, xe lăn, khung tập đi, hệ thống nệm chạy điện, nạng, vật dụng cho bệnh nhân tiểu đường, thiết bị phát âm, bơm truyền tĩnh mạch, máy xông khí dung và giường bệnh theo chỉ định của nhà cung cấp để sử dụng tại nhà. Một số vật dụng như bộ phận giả luôn thuộc sở hữu của thành viên. Trong phần này, chúng tôi thảo luận về các loại DME khác mà quý vị phải thuê.

Trong Original Medicare, những người thuê một số loại DME được sở hữu thiết bị đó sau khi trả khoản đồng thanh toán cho thiết bị đó trong 13 tháng. Tuy nhiên, là thành viên của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), quý vị thường không có quyền sở hữu vật dụng DME đã thuê bất kể quý vị đã chi trả bao nhiêu khoản đồng thanh toán cho vật dụng khi còn là thành viên của chương trình chúng tôi, ngay cả khi quý vị đã thực hiện đến 12 khoản thanh toán liên tiếp cho vật dụng DME theo Original Medicare trước khi tham gia vào chương trình. Trong các trường hợp giới hạn nhất định, chúng tôi sẽ chuyển giao quyền sở hữu vật dụng DME cho quý vị. Hãy gọi cho Providence Home Services để biết thêm thông tin.

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

Nếu quý vị chưa có quyền sở hữu vật dụng DME trong thời gian quý vị tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị sẽ phải thực hiện 13 lần thanh toán liên tiếp mới cho vật dụng đó sau khi quý vị chuyển sang chương trình Original Medicare thì quý vị mới có được quyền sở hữu vật dụng đó. Các khoản thanh toán đã thực hiện trong khi ghi danh vào chương trình của quý vị sẽ không được tính.

Ví dụ 1: Quý vị đã thực hiện 12 khoản thanh toán liên tiếp trở xuống cho vật dụng trong Original Medicare và sau đó tham gia vào chương trình của chúng tôi. Các khoản thanh toán mà quý vị đã thực hiện trong Original Medicare sẽ không được tính.

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

## **PHẦN 7.2 Các quy tắc về thiết bị cấp oxy, vật tư và bảo trì**

### **Quý vị được hưởng những quyền lợi nào về oxy?**

Nếu quý vị đủ điều kiện hưởng bảo hiểm thiết bị cấp oxy Medicare, Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) sẽ bao trả chi phí:

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

Nếu quý vị rời khỏi Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) hoặc về mặt y tế không còn cần thiết bị cấp oxy nữa, thì quý vị phải trả lại thiết bị cấp oxy.

### **Điều gì xảy ra nếu quý vị rời khỏi chương trình của mình và quay lại tham gia Original Medicare?**

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

**CHƯƠNG 4:**  
*Bảng Quyền Lợi Y Tế*  
*(các dịch vụ được bao trả)*

## **PHẦN 1**                      **Hiểu rõ về dịch vụ được bao trả**

Chương này trình bày Bảng Quyền Lợi Y Tế, trong đó liệt kê các dịch vụ mà quý vị được bao trả khi là thành viên của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Trong phần sau của chương này, quý vị có thể tìm thấy thông tin về các dịch vụ y tế không được bao trả. Chương này cũng giải thích các hạn mức đối với một số dịch vụ. Vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng để biết thêm thông tin về các trường hợp loại trừ và giới hạn không được liệt kê trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* này.

### **Phần 1.1**                      **Quý vị không phải trả bất cứ khoản nào cho các dịch vụ được bao trả**

Đối với thành viên của Oregon Health Plan (Medicaid) trong gói quyền lợi “OHP with Limited Drug” (OHP Giới Hạn Loại Thuốc), Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả. Vui lòng liên hệ với Oregon Health Plan (Medicaid) hoặc Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp quản lý Oregon Health Plan (Medicaid) để biết thêm thông tin. Thành viên Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) đã ghi danh vào Health Share/Providence cho Oregon Health Plan (Medicaid) sẽ không phải tự trả chi phí cho bất kỳ dịch vụ y tế nào được Medicare bao trả. Các khoản chia sẻ chi phí thuốc kê toa vẫn được áp dụng.

Vì được Medicaid hỗ trợ nên quý vị sẽ không phải trả bất cứ khoản nào cho các dịch vụ được bao trả, miễn là quý vị tuân thủ các quy tắc của chương trình khi nhận dịch vụ chăm sóc. (Xem Chương 3 để biết thêm thông tin về các quy tắc của chương trình khi quý vị nhận dịch vụ chăm sóc.

### **Phần 1.2**                      **Số tiền tối đa quý vị sẽ phải thanh toán cho các dịch vụ y tế được bao trả là bao nhiêu?**

**Lưu ý:** Vì các thành viên của chúng tôi cũng được Oregon Health Plan (Medicaid) hỗ trợ nên từ trước đến nay, có rất ít thành viên đạt đến số tiền tự trả tối đa này. Quý vị sẽ không phải thanh toán bất cứ chi phí tự trả nào để đạt đến khoản tự trả tối đa cho các dịch vụ Part A và Part B được bao trả.

Bởi vì quý vị được ghi danh vào chương trình Medicare Advantage nên sẽ có một hạn mức đối với số tiền quý vị phải tự trả hàng năm cho các dịch vụ y tế được chương trình của chúng tôi bao trả. Hạn mức này được gọi là số tiền tự trả tối đa (maximum out-of-pocket, MOOP) cho các dịch vụ y tế. Vào năm 2025 dương lịch, số tiền này sẽ là \$9,350.

Số tiền mà quý vị thanh toán cho các dịch vụ được bao trả sẽ được tính vào số tiền tự trả tối đa này. Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc kê toa Part D không được tính vào số tiền tự trả tối đa của quý vị. Nếu đã đạt đến số tiền tự trả tối đa là \$9,350, quý vị sẽ không phải trả bất kỳ chi phí tự trả nào trong thời gian còn lại của năm cho các dịch vụ được bao trả. Tuy nhiên, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Part B (trừ khi phí bảo hiểm Part B được Oregon Health Plan (Medicaid) hoặc bên thứ ba khác thanh toán cho quý vị).

## **PHẦN 2                      Sử dụng *Bảng Quyền Lợi Y Tế* để biết các dịch vụ được bao trả**

### **Phần 2.1                      Các quyền lợi y tế quý vị được hưởng khi là thành viên của chương trình**

Bảng Quyền Lợi Y Tế trên các trang sau liệt kê các dịch vụ được Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) bao trả. Bảo hiểm thuốc kê toa Part D có trong Chương 5. Các dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi Y Tế chỉ được bao trả khi đáp ứng các yêu cầu bảo hiểm sau:

- Các dịch vụ được Medicare bao trả của quý vị phải được cung cấp theo các hướng dẫn bảo hiểm do Medicare đưa ra.
- Các dịch vụ của quý vị (bao gồm dịch vụ chăm sóc y tế, vật tư, thiết bị và thuốc kê toa Part B) *phải* cần thiết về mặt y tế. Cần thiết về mặt y tế có nghĩa là các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc cần dùng để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị cho tình trạng y tế của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn đã được chấp nhận về thực hành y khoa.
- Nếu quý vị mới ghi danh, chương trình chăm sóc phối hợp MA của quý vị phải cung cấp thời gian chuyển tiếp tối thiểu là 90 ngày. Trong thời gian này, chương trình MA mới có thể sẽ không yêu cầu quý vị phải có sự cho phép trước cho các liệu trình điều trị quý vị đang thực hiện, ngay cả khi liệu trình đó là cho dịch vụ mà ban đầu quý vị sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.
- Quý vị có một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) trong mạng lưới là người cung cấp và giám sát dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị.
- Bất kể quý vị muốn tăng cường vận động, giảm căng thẳng, cải thiện thói quen ăn uống, giảm cân, cai thuốc lá hay chỉ đơn giản là muốn cảm thấy khỏe khoắn hơn – chuyên gia khai vấn sức khỏe của Providence đều có thể giúp quý vị. Các chuyên gia khai vấn sức khỏe của chúng tôi có thể giúp xóa bỏ rào cản, thúc đẩy quý vị khi quý vị cần động lực và hỗ trợ quý vị trên hành trình chăm sóc sức khỏe toàn diện. Quyền lợi của quý vị bao gồm tối đa 12 buổi khai vấn sức khỏe qua điện thoại mỗi năm dương lịch. Nếu quý vị muốn tìm hiểu thêm về quyền lợi này hoặc muốn ghi danh, hãy liên hệ với chương trình khai vấn sức khỏe theo số 888-819-8999 hoặc 503-574-6000. Giờ làm việc: 8:00 a.m. đến 5:00 p.m. (Giờ Thái Bình Dương). Thứ Hai đến Thứ Sáu.
  - Chúng tôi cung cấp miễn phí dịch vụ khai vấn sức khỏe qua điện thoại cho quý vị. Việc tham gia dựa trên cơ sở tự nguyện.
- Bất kể quý vị cần được giải thích về một kết quả chẩn đoán mới hay hỗ trợ về một tình trạng đã ảnh hưởng đến cuộc sống của quý vị trong thời gian dài, bộ phận Quản Lý Hoạt Động Chăm Sóc của Providence luôn sẵn lòng trợ giúp! Đội ngũ của chúng tôi có thể giúp quý vị nắm được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong khu vực, cung cấp chương trình giáo dục sức khỏe được cá nhân hóa riêng cho quý vị về các vấn đề y tế và cử chuyên gia hỗ trợ các tình trạng bệnh lý của quý vị, bao gồm nhưng không giới hạn ở Bệnh Tiểu Đường, Ung Thư, Sức Khỏe Tâm Thân, v.v. Để tìm hiểu thêm hoặc bắt đầu sử dụng dịch vụ, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số 503-574-7247 hoặc 1-800-662-1121

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

(TTY: 711), 8 a.m. – 5 p.m. từ Thứ Hai đến Thứ Sáu hoặc gửi email cho chúng tôi theo địa chỉ [Care.Management@Providence.org](mailto:Care.Management@Providence.org).

- Dịch vụ quản lý hoạt động chăm sóc được cung cấp miễn phí. Việc tham gia dựa trên cơ sở tự nguyện và quý vị có thể từ chối/chọn không sử dụng bằng cách liên hệ với người quản lý dịch vụ chăm sóc hoặc liên hệ với chúng tôi qua điện thoại.
- Một số dịch vụ được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi Y Tế *chỉ* được bao trả khi bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới được chúng tôi chấp thuận trước (đôi khi được gọi là sự cho phép trước). Các dịch vụ được bao trả cần chấp thuận trước được đánh dấu sao trong Bảng Quyền Lợi Y Tế. Ngoài ra, các dịch vụ sau đây không được liệt kê trong Bảng Quyền Lợi cần có sự cho phép trước:
  - Phương tiện cứu thương
    - Các dịch vụ vận chuyển không cấp cứu bằng phương tiện cứu thương như vận chuyển từ bệnh viện tới cơ sở điều dưỡng lành nghề cần có sự cho phép trước. Thông thường, nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với chúng tôi để yêu cầu sự cho phép trước; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền yêu cầu sự cho phép.
  - Dịch vụ nha khoa
    - Các dịch vụ nha khoa có sử dụng gây mê toàn thân cần có sự cho phép trước. Thông thường, nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với chúng tôi để yêu cầu sự cho phép trước; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền yêu cầu sự cho phép.
    - Một số dịch vụ phẫu thuật miệng, bao gồm các dịch vụ được cung cấp trong phòng mạch cần có sự cho phép trước. Thông thường, nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với chúng tôi để yêu cầu sự cho phép trước; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền yêu cầu sự cho phép.
  - Hướng dẫn cách tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và vật tư điều trị bệnh tiểu đường.
    - Que thử và máy đo đường huyết không ưu tiên, vật tư dùng cho xét nghiệm vượt quá giới hạn số lượng được Medicare bao trả và giày hoặc miếng lót dành cho bệnh nhân tiểu đường cần có sự cho phép trước.
    - Quý vị hoặc nhà cung cấp chỉ định nên liên hệ với Providence Home Services theo số 1-800-762-1253 để yêu cầu sự cho phép trước.
  - Thiết bị y tế lâu bền (DME) và vật tư liên quan
    - Thiết bị y tế lâu bền chọn lọc bao gồm nhưng không giới hạn ở các loại sau, cần có sự cho phép trước:
      - Một số máy theo dõi đường huyết liên tục (Certain continuous glucose monitors, CGM)
      - Máy nâng ghế
      - Xe lăn điện và các vật tư
      - Thiết bị kích thích thần kinh chọn lọc
      - Vật liệu thay thế da
      - Dụng cụ dành cho răng miệng

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

- Các thiết bị uốn cong/mở rộng
  - Máy bơm trị liệu vết thương
  - Các thiết bị tạo giọng nói
  - Mua máy thở áp lực dương liên tục (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP) sau thời gian dùng thử/thuê
- Quý vị hoặc nhà cung cấp chỉ định nên liên hệ với Providence Home Services theo số 1-800-762-1253 để yêu cầu sự cho phép trước.
- Dịch vụ chăm sóc của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia
    - Các dịch vụ sức khỏe tại gia có thể cần sự cho phép trước. Quý vị hoặc nhà cung cấp chỉ định nên liên hệ với Providence Home Services theo số 1-800-762-1253 để yêu cầu sự cho phép trước.
  - Dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện
    - Bất kể lý do nhập viện là gì, tất cả các trường hợp nhập viện nội trú đều phải có thông báo. Thông thường, cơ sở nội trú hoặc nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với chúng tôi; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền thông báo cho chúng tôi.
  - Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú
    - Tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, điều trị chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện và điều trị opioid nội trú đều phải có thông báo. Thông thường, cơ sở nội trú hoặc nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với chúng tôi; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền thông báo cho chúng tôi.
  - Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được bao trả nhận tại bệnh viện hoặc SNF trong thời gian nằm viện nội trú không được bao trả
    - Tất cả các dịch vụ nhận trong thời gian nằm viện nội trú không được bao trả có thể cần sự cho phép trước. Thông thường, cơ sở nội trú hoặc nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với chúng tôi để yêu cầu sự cho phép trước; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền thông báo cho chúng tôi.
  - Nhận vào cơ sở phục hồi chức năng nội trú
    - Tất cả các lần lưu trú tại cơ sở cai nghiện nội trú đều phải có thông báo. Thông thường, cơ sở nội trú hoặc nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với chúng tôi; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền yêu cầu sự cho phép.
  - Thuốc kê toa Medicare Part B
    - Một số loại thuốc kê toa Medicare Part B nhất định chẳng hạn như các thuốc hóa trị, đều phải có sự cho phép trước. Thông thường, nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với chúng tôi để yêu cầu sự cho phép trước; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền yêu cầu sự cho phép.
  - Xét nghiệm chẩn đoán và các dịch vụ trị liệu và vật tư dành cho bệnh nhân ngoại trú

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

- Tất cả các phương pháp chụp X-quang công nghệ cao, chẳng hạn như MRI, MRA, SPECT, CTA, CT, PET, đều phải có sự cho phép trước. Thông thường, nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với người quản lý quyền lợi chẩn đoán hình ảnh để yêu cầu sự cho phép trước; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền yêu cầu sự cho phép. Xem Chương 2, Phần 1 để biết thông tin liên hệ.
- Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện
  - Xét nghiệm tâm lý thần kinh có thể cần sự cho phép trước. Quý vị hoặc nhà cung cấp chỉ định nên liên hệ với chúng tôi để hỏi về sự cho phép trước.
  - Xét nghiệm di truyền, nghiên cứu di truyền tế bào và tư vấn liên quan đều cần có sự cho phép trước. Thông thường, nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với chúng tôi để yêu cầu sự cho phép trước; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền yêu cầu sự cho phép.
- Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú
  - Các dịch vụ sức khỏe tâm thần ngoại trú có thể cần sự cho phép trước. Quý vị hoặc nhà cung cấp chỉ định nên liên hệ với chúng tôi để hỏi về sự cho phép trước.
- Các dịch vụ ngoại trú cho chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện
  - Các dịch vụ ngoại trú cho chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện có thể yêu cầu sự cho phép trước. Quý vị hoặc nhà cung cấp chỉ định nên liên hệ với chúng tôi để hỏi về sự cho phép trước.
- Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm cả các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật không lưu trú
  - Các thủ thuật hông, đầu gối và vai chọn lọc cần có sự cho phép trước. Thông thường, nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với chúng tôi để yêu cầu sự cho phép trước; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền yêu cầu sự cho phép.
  - Các thủ thuật thẩm mỹ, tái tạo, mũi, miệng, nha khoa và/hoặc chỉnh hình khác cần có sự cho phép trước. Thông thường, nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với chúng tôi để yêu cầu sự cho phép trước; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền yêu cầu sự cho phép.
  - Cấy ghép nội tạng, mô và tủy xương, bao gồm cả đánh giá trước khi cấy ghép và xác định HLA, cần có sự cho phép trước. Thông thường, nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với chúng tôi để yêu cầu sự cho phép trước; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền yêu cầu sự cho phép.
  - Phẫu thuật cắt bỏ tử cung, phẫu thuật tạo hình lưỡi gà - khẩu cái - họng (Uvullectomy, uvulopalatopharyngoplasty, UPPP) và phẫu thuật UPPP hỗ trợ bằng laser (laser-assisted uvulopalatoplasty, LAUP) cần có sự cho phép trước. Thông thường, nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với chúng tôi để yêu cầu sự cho phép trước; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền yêu cầu sự cho phép.
  - Các cuộc phẫu thuật cột sống cổ, lồng ngực và thắt lưng cần có sự cho phép trước. Thông thường, nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với chúng tôi để yêu cầu sự cho phép trước; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền yêu cầu sự cho phép.



**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

- Các thủ thuật phẫu thuật giảm cân cần có sự cho phép trước. Thông thường, nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với chúng tôi để yêu cầu sự cho phép trước; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền yêu cầu sự cho phép.
- Các thủ thuật, phẫu thuật và phương pháp điều trị có thể được coi là thử nghiệm hoặc điều tra cần có sự cho phép trước. Thông thường, nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với chúng tôi để yêu cầu sự cho phép trước; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền yêu cầu sự cho phép.
- Các dịch vụ và thủ thuật không có mã CPT cụ thể (các dịch vụ và thủ thuật không được liệt kê) cần có sự cho phép trước. Thông thường, nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với chúng tôi để yêu cầu sự cho phép trước; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền yêu cầu sự cho phép.
- Dịch vụ nhập viện một phần
  - Tất cả các dịch vụ nhập viện một phần có thể cần sự cho phép trước. Quý vị hoặc nhà cung cấp chỉ định nên liên hệ với chúng tôi để yêu cầu sự cho phép trước.
- Bộ phận giả và vật tư liên quan
  - Tất cả các bộ phận giả và một số vật tư cần có sự cho phép trước.
  - Quý vị hoặc nhà cung cấp chỉ định nên liên hệ với Providence Home Services theo số 1-800-762-1253 để yêu cầu sự cho phép trước.
- Khám sàng lọc ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (low dose computed tomography, LDCT)
  - Thủ thuật sàng lọc này bao gồm chụp CT cần có sự cho phép trước. Thông thường, nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với người quản lý quyền lợi chẩn đoán hình ảnh để yêu cầu sự cho phép trước; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền yêu cầu sự cho phép. Xem Chương 2, Phần 1 để biết thông tin liên hệ.
  - Tư vấn LDCT không cần sự cho phép.
- Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề (Skilled nursing facility, SNF)
  - Tất cả các dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề đều phải có thông báo. Thông thường, cơ sở điều dưỡng lành nghề hoặc nhà cung cấp chỉ định sẽ liên hệ với chúng tôi; tuy nhiên, quý vị luôn có quyền thông báo cho chúng tôi.
- Chăm sóc thị lực – Vật dụng hỗ trợ thị lực y tế
  - Vật dụng hỗ trợ thị lực y tế có thể cần sự cho phép trước. Quý vị hoặc nhà cung cấp chỉ định nên liên hệ với chúng tôi để hỏi về sự cho phép trước.
- Nếu chương trình chăm sóc phối hợp của quý vị chấp thuận yêu cầu về sự cho phép trước đối với một liệu trình điều trị thì quyết định chấp thuận đó phải có hiệu lực trong khoảng thời gian hợp lý về mặt y tế và cần thiết để tránh làm gián đoạn dịch vụ chăm sóc, tuân thủ tiêu chí bảo hiểm hiện hành, bệnh sử và khuyến nghị của nhà cung cấp điều trị.

## Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)

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

- Quý vị được hưởng quyền lợi bảo hiểm của cả Medicare và Oregon Health Plan (Medicaid). Medicare bao trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc kê toa. Oregon Health Plan (Medicaid) bao trả khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ Medicare. Oregon Health Plan (Medicaid) cũng bao trả cho các dịch vụ mà Medicare không bao trả.
- Cũng như tất cả các chương trình sức khỏe Medicare, chúng tôi bao trả cho tất cả các dịch vụ mà Original Medicare bao trả. (Nếu quý vị muốn biết thêm về bảo hiểm và các chi phí của Original Medicare, vui lòng xem cẩm nang *Medicare & You 2025* (Medicare & Quý vị 2025). Xem trực tuyến tại [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) hoặc yêu cầu bản sao bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.)
- Đối với tất cả các dịch vụ phòng ngừa được bao trả miễn phí trong chương trình Original Medicare, chúng tôi cũng bao trả dịch vụ này miễn phí cho quý vị. Tuy nhiên, nếu quý vị cũng được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa, khoản đồng thanh toán sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.
- Nếu Medicare bổ sung bảo hiểm cho bất kỳ dịch vụ mới nào trong năm 2025, Medicare hoặc chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho những dịch vụ đó.
- Nếu quý vị đang ở trong giai đoạn một tháng được coi là tiếp tục đủ điều kiện tham gia của chương trình chúng tôi, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp tất cả các quyền lợi Medicare được chương trình Medicare Advantage bao trả. Tuy nhiên, trong giai đoạn này, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể ngừng bao trả các quyền lợi Oregon Health Plan (Medicaid) có trong Chương Trình Tiểu Bang Oregon Health Plan (Medicaid) và có thể không thanh toán phí bảo hiểm hoặc khoản chia sẻ chi phí Medicare mà Oregon Health Plan (Medicaid) có thể phải chịu trách nhiệm nếu là trường hợp khác. Các khoản chia sẻ chi phí Medicare cho quyền lợi Medicare cơ bản và bổ sung sẽ không thay đổi trong giai đoạn này.

### Thông Tin Quan Trọng về Quyền Lợi cho Người Ghi Danh Đủ Điều Kiện Nhận “Trợ Giúp Bổ Sung”:

- Nếu quý vị được nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” để thanh toán các chi phí trong chương trình thuốc kê toa của Medicare, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và khoản đồng bảo hiểm, quý vị có thể đủ điều kiện nhận các quyền lợi bổ sung có mục tiêu khác và/hoặc được giảm khoản chia sẻ chi phí có mục tiêu.
- Để biết thêm chi tiết, vui lòng xem hàng **VBID** trong Bảng Quyền Lợi Y Tế bên dưới.
- Nếu được chẩn đoán mắc (các) bệnh mãn tính nêu dưới đây và đáp ứng một số tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện hưởng quyền lợi bổ sung đặc biệt cho người bệnh mãn tính.
  - **Danh Sách Bệnh Mãn Tính:**
    1. Nghiện rượu và các loại ma túy khác mãn tính;
    2. Các tình trạng rối loạn tự miễn, chỉ giới hạn ở:

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

- Viêm nút quanh động mạch,
  - Viêm đa cơ dạng thấp,
  - Viêm đa cơ,
  - Viêm khớp dạng thấp, và
  - Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống;
3. Ung thư, không bao gồm các tình trạng tiền ung thư hoặc tình trạng tại chỗ;
4. Các tình trạng rối loạn tim mạch, chỉ giới hạn ở:
- Rối loạn nhịp tim,
  - Bệnh động mạch vành,
  - Bệnh mạch máu ngoại biên, và
  - Rối loạn thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch mãn tính;
5. Suy tim mãn tính;
6. Sa sút trí tuệ;
7. Đái tháo đường;
8. Bệnh gan giai đoạn cuối;
9. Bệnh thận giai đoạn cuối (End-stage disease, ESRD) cần lọc máu;
10. Các tình trạng rối loạn máu nghiêm trọng, chỉ giới hạn ở:
- Thiếu máu bất sản,
  - Bệnh máu khó đông,
  - Ban xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch,
  - Hội chứng loạn sinh tủy,
  - Bệnh hồng cầu hình liềm (trừ gen di truyền tế bào hình liềm) và
  - Rối loạn thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch mãn tính;
11. HIV/AIDS
12. Các tình trạng rối loạn phổi mãn tính, chỉ giới hạn ở:
- Bệnh hen suyễn,
  - Viêm phế quản mãn tính,
  - Khí phế thũng,
  - Bệnh xơ phổi và
  - Tăng áp phổi;
13. Các tình trạng sức khỏe tâm thần mãn tính và gây tàn tật, chỉ giới hạn ở:
- Rối loạn lưỡng cực,
  - Rối loạn trầm cảm nặng,
  - Rối loạn hoang tưởng,
  - Tâm thần phân liệt, và
  - Rối loạn phân liệt cảm xúc;
14. Các tình trạng rối loạn thần kinh, chỉ giới hạn ở:
- Xơ cứng teo cơ một bên (Amyotrophic lateral sclerosis, ALS),
  - Động kinh,
  - Bệnh liệt lan rộng (ví dụ: liệt nửa người, liệt tứ chi, liệt chi dưới, liệt một chi),
  - Bệnh Huntington,
  - Bệnh đa xơ cứng,
  - Bệnh Parkinson,
  - Viêm đa dây thần kinh,
  - Hẹp ống sống và

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

▪ Thiếu sót thần kinh liên quan đến đột quy và  
15. Đột quy

- Thành viên không cần làm gì để đạt đủ điều kiện. Chúng tôi sẽ tự động xác định xem thành viên có đủ điều kiện hay không bằng cách:
  - Sử dụng bảng đánh giá rủi ro về sức khỏe (Health risk assessment, HRA) đối với thành viên mới tham gia, đây sẽ là tiêu chí kích hoạt trạng thái đủ điều kiện.
  - Lấy mã chẩn đoán hàng tuần trong suốt cả năm để xác định xem thành viên gia hạn hoặc thành viên được chẩn đoán vào giữa năm có đủ điều kiện hay không.
- Chúng tôi sẽ gửi thư chấp thuận tới các thành viên đủ điều kiện kèm theo hướng dẫn về cách kích hoạt các quyền lợi bổ sung dành cho thành viên.
- Vui lòng chuyển đến hàng *Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Người Bệnh Mãn Tính* trong Bảng Quyền Lợi Y Tế dưới đây để biết thêm chi tiết.
- Vui lòng liên hệ với chúng tôi để biết chính xác những quyền lợi mà quý vị có thể đủ điều kiện hưởng.


Quý vị sẽ nhìn thấy hình quả táo này cạnh những dịch vụ phòng ngừa trong bảng quyền lợi.



Quý vị sẽ không phải thanh toán bất cứ khoản nào cho các dịch vụ liệt kê trong Bảng Quyền Lợi, miễn là quý vị đáp ứng các yêu cầu về bảo hiểm được mô tả ở trên.

- Để biết các quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid), vui lòng tham khảo Bảng Quyền Lợi trong tài liệu Tóm Tắt Các Quyền Lợi của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

## Bảng Quyền Lợi Y Tế

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p> <b>Khám sàng lọc chứng phình động mạch chủ bụng</b></p> <p>Một lần siêu âm sàng lọc dành cho người có nguy cơ. Chương trình chỉ bao trả lần khám sàng lọc này nếu quý vị có một số yếu tố nguy cơ và nếu quý vị có giấy giới thiệu từ bác sĩ, trợ lý bác sĩ, điều dưỡng điều trị hoặc điều dưỡng chuyên khoa lâm sàng.</p> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho những thành viên đủ điều kiện được khám sàng lọc phòng ngừa này.</p>
<p><b>Châm cứu điều trị đau thắt lưng mạn tính</b></p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <p>Những người thụ hưởng Medicare được bao trả tối đa 12 buổi thăm khám trong 90 ngày trong các trường hợp sau:</p> <p>Vì mục đích cung cấp quyền lợi này, đau thắt lưng mạn tính được định nghĩa là:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kéo dài từ 12 tuần trở lên;</li> <li>• không đặc hiệu, trong đó không có nguyên nhân toàn thân có thể xác định được (tức là không liên quan đến bệnh di căn, viêm, nhiễm trùng, v.v.);</li> <li>• không liên quan đến phẫu thuật; và</li> <li>• không liên quan đến mang thai.</li> </ul> <p>Những bệnh nhân có dấu hiệu cải thiện sẽ được bao trả thêm tám buổi nữa. Hàng năm, sẽ có không quá 20 buổi điều trị châm cứu được thực hiện.</p> <p>Phải dừng điều trị nếu tình trạng bệnh nhân không cải thiện hoặc xấu đi.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ đối với dịch vụ châm cứu điều trị chứng đau thắt lưng mạn tính.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>



**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Châm cứu điều trị đau thắt lưng mạn tính (tiếp)</b></p> <p>Yêu cầu đối với nhà cung cấp:</p> <p>Bác sĩ (như được định nghĩa trong 1861I(1) của Đạo Luật An Sinh Xã Hội (Social Security Act) (Đạo Luật) có thể cung cấp dịch vụ châm cứu phù hợp với các yêu cầu hiện hành của tiểu bang.</p> <p>Trợ lý bác sĩ (physician assistant, PA), điều dưỡng điều trị (nurse practitioner, NP)/điều dưỡng chuyên khoa lâm sàng (clinical nurse specialist, CNS) (như được xác định trong 1861(aa)(5) của Đạo Luật) và nhân viên phụ trợ có thể cung cấp dịch vụ châm cứu nếu họ đáp ứng tất cả các yêu cầu hiện hành của tiểu bang và có:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ về châm cứu hoặc Đông Y của một trường được Ủy Ban Kiểm Định về Châm Cứu và Đông Y (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) công nhận; và</li> <li>• giấy phép ở thời điểm hiện tại, đầy đủ, còn hiệu lực và không hạn chế để hành nghề châm cứu ở Tiểu Bang, Vùng Lãnh Thổ hoặc Khối Thịnh Vượng Chung (tức là Puerto Rico) của Hoa Kỳ hoặc Đặc Khu Columbia.</li> </ul> <p>Nhân viên phụ trợ cung cấp dịch vụ châm cứu phải chịu mức độ giám sát thích hợp của bác sĩ, PA hoặc NP/CNS theo quy định của chúng tôi tại 42 CFR §§ 410.26 và 410.27.</p>	

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**



Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Dịch vụ phương tiện cứu thương*</b></p> <p>Các dịch vụ phương tiện cứu thương được bao trả cho dù là trường hợp cấp cứu hay không cấp cứu, bao gồm dịch vụ phương tiện cứu thương trên máy bay cánh cố định, cánh xoay và đường bộ, đến cơ sở phù hợp gần nhất có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc chỉ khi các dịch vụ này được cung cấp cho thành viên có bệnh trạng mà phương tiện vận chuyển khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của thành viên hay khi được chương trình cho phép. Nếu các dịch vụ phương tiện cứu thương được bao trả không dành cho tình huống cấp cứu, thì cần phải ghi lại rằng thành viên có bệnh trạng mà phương tiện vận chuyển khác có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe của thành viên đó và rằng vận chuyển bằng phương tiện cứu thương đó là cần thiết về mặt y tế.</p> <p>*Các quy tắc cho phép trước có thể áp dụng cho các dịch vụ vận chuyển không cấp cứu, bao gồm từ các cơ sở ngoài mạng lưới đến các cơ sở trong mạng lưới. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ vận chuyển một chiều bằng phương tiện cứu thương mặt đất được Medicare bao trả.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ vận chuyển một chiều bằng phương tiện cứu thương đường hàng không được Medicare bao trả.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ phương tiện cứu thương nhận được qua hệ thống ứng cứu y tế khẩn cấp 911 khi quý vị được điều trị nhưng không sử dụng phương tiện cứu thương.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho một lần vận chuyển một chiều được cho phép bằng phương tiện cứu thương từ một cơ sở ngoài mạng lưới đến một cơ sở trong mạng lưới.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**


Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p> <b>Khám sức khỏe định kỳ hàng năm</b></p> <p>Chương trình của chúng tôi bao trả một lần khám sức khỏe định kỳ hàng năm ngoài lần thăm khám sức khỏe hàng năm được Medicare bao trả.</p> <p>Quyền lợi này cho phép quý vị khám tại nhà cung cấp của mình mà không cần khiếu nại y tế cụ thể và trong đó có một buổi khám sức khỏe tổng quát mỗi năm một lần.</p> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho một lần khám sức khỏe tổng quát hàng năm.</p>
<p> <b>Thăm khám sức khỏe hàng năm</b></p> <p>Nếu quý vị đã có Part B trong hơn 12 tháng, quý vị có thể được thăm khám sức khỏe hàng năm để thiết lập hoặc cập nhật chương trình phòng ngừa cá nhân hóa dựa trên tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị và các yếu tố nguy cơ. Dịch vụ này được bao trả 12 tháng một lần.</p> <p><b>Lưu ý:</b> Quý vị sẽ không được thăm khám sức khỏe hàng năm lần đầu tiên trong vòng 12 tháng kể từ lần thăm khám phòng ngừa <i>Chào Mừng Tham Gia Medicare (Welcome to Medicare)</i>. Tuy nhiên, quý vị không cần phải đến buổi thăm khám <i>Chào Mừng Tham Gia Medicare</i> để có thể được bao trả cho các lần khám sức khỏe hàng năm sau khi quý vị đã có Part B trong 12 tháng.</p> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho lần thăm khám sức khỏe hàng năm.</p>





**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p> <b>Đo khối lượng xương</b></p> <p>Đối với cá nhân có đủ điều kiện (nói chung, điều này có nghĩa là người có nguy cơ bị giảm khối lượng xương hoặc loãng xương), các dịch vụ sau đây sẽ được bao trả mỗi 24 tháng hoặc thường xuyên hơn nếu cần thiết về mặt y tế: các quy trình để xác định mật độ xương, phát hiện chứng loãng xương hoặc xác định chất lượng xương, bao gồm cả diễn giải của bác sĩ về các kết quả.</p> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho thủ thuật đo khối lượng xương được Medicare bao trả.</p>
<p> <b>Khám sàng lọc ung thư vú (chụp quang tuyến vú)</b></p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Một lần chụp quang tuyến vú ban đầu ở độ tuổi từ 35 đến 39</li> <li>• Một lần chụp quang tuyến vú sàng lọc với tần suất 12 tháng một lần cho phụ nữ 40 tuổi trở lên</li> <li>• Khám vú lâm sàng 24 tháng một lần</li> </ul> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các lần chụp quang tuyến vú sàng lọc được bao trả.</p>


**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**


Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Dịch vụ phục hồi chức năng tim</b></p> <p>Các chương trình cung cấp dịch vụ phục hồi chức năng tim toàn diện bao gồm tập thể dục, giáo dục và tư vấn được bao trả cho các thành viên đáp ứng một số điều kiện nhất định và được bác sĩ chỉ định. Chương trình cũng bao trả cho các chương trình phục hồi chức năng tim chuyên sâu thường xuyên ngắt hoặc có cường độ cao hơn các chương trình phục hồi chức năng tim.</p> <p>Số lượng các cuộc thăm khám phục hồi chức năng tim được giới hạn trong 36 buổi trong thời gian 36 tuần. Nếu cần thiết về mặt y tế, quý vị có thể nhận được tới 36 buổi bổ sung.</p> <p>Số lượng các cuộc thăm khám phục hồi chức năng tim chuyên sâu được giới hạn trong 36 buổi trong thời gian 36 tuần. Nếu cần thiết về mặt y tế, quý vị có thể nhận được tới 36 buổi bổ sung.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi dịch vụ phục hồi chức năng tim được Medicare bao trả.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi dịch vụ phục hồi chức năng tim chuyên sâu được Medicare bao trả.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>
<p> <b>Thăm khám giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch (liệu pháp dành cho bệnh tim mạch)</b></p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho quyền lợi phòng ngừa bệnh tim mạch bằng liệu pháp hành vi chuyên sâu.</p>
<p>Chúng tôi bao trả cho một lần thăm khám mỗi năm với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị để giúp quý vị giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch. Trong lần thăm khám này, bác sĩ của quý vị có thể thảo luận về việc sử dụng aspirin (nếu thích hợp), kiểm tra huyết áp của quý vị và cho quý vị lời khuyên để đảm bảo rằng quý vị ăn uống lành mạnh.</p> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p> <b>Xét nghiệm phát hiện bệnh tim mạch</b></p> <p>Xét nghiệm máu để phát hiện bệnh tim mạch (hoặc các bất thường liên quan tới nguy cơ mắc bệnh tim mạch tăng cao) 5 năm (60 tháng) một lần.</p> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ xét nghiệm phát hiện bệnh tim mạch được bao trả 5 năm một lần.</p>
<p> <b>Tầm soát ung thư cổ tử cung và âm đạo</b></p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dành cho tất cả phụ nữ: Xét nghiệm Pap và khám khung xương chậu được bao trả 24 tháng một lần</li> <li>• Nếu quý vị đang có nguy cơ cao mắc bệnh ung thư cổ tử cung hoặc ung thư âm đạo hoặc quý vị đang ở độ tuổi sinh nở và có kết quả xét nghiệm Pap bất thường trong vòng 3 năm gần đây: xét nghiệm Pap 12 tháng một lần</li> </ul> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ xét nghiệm Pap và khám khung xương chậu phòng ngừa được Medicare bao trả.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**



Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Dịch vụ nắn chỉnh khớp xương</b></p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chúng tôi chỉ bao trả cho dịch vụ nắn cột sống bằng tay để khắc phục tình trạng trật khớp nhẹ (khi một hoặc nhiều xương cột sống bị lệch khỏi vị trí) nếu quý vị nhận dịch vụ từ một bác sĩ trị liệu thần kinh cột sống hoặc nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn khác.</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám nắn chỉnh khớp xương được Medicare bao trả.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>
<p> <b>Khám sàng lọc ung thư đại trực tràng</b></p> <p>Các xét nghiệm sàng lọc sau đây được bao trả:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nội soi đại tràng không giới hạn độ tuổi tối thiểu hoặc tối đa và được bao trả 120 tháng (10 năm) một lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao hoặc 48 tháng sau lần soi đại tràng sigma ống mềm trước đó đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao mắc ung thư đại trực tràng và 24 tháng một lần tháng đối với bệnh nhân có nguy cơ cao sau khi lần nội soi sàng lọc trước đó hoặc thực rửa với dung dịch bari.</li> <li>Soi đại tràng sigma ống mềm cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 120 tháng một lần đối với bệnh nhân không có nguy cơ cao sau khi bệnh nhân được nội soi sàng lọc. 48 tháng một lần đối với bệnh nhân có nguy cơ cao từ lần nội soi đại tràng sigma ống mềm hoặc thực rửa với dung dịch bari gần nhất.</li> <li>Xét nghiệm sàng lọc máu ẩn trong phân cho bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên. 12 tháng một lần.</li> <li>Xét nghiệm DNA phân đa mục tiêu cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí rủi ro cao. 3 năm một lần.</li> <li>Xét nghiệm Chất Chỉ Điểm Sinh Học dựa trên máu dành cho bệnh nhân từ 45 đến 85 tuổi và không đáp ứng các tiêu chí rủi ro cao. 3 năm một lần.</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ khám sàng lọc ung thư đại trực tràng được Medicare bao trả, ngoại trừ áp dụng đồng bảo hiểm cho thực rửa bằng dung dịch bari. Nếu bác sĩ của quý vị phát hiện và loại bỏ một polyp hoặc mô khác trong quá trình nội soi hoặc soi đại tràng sigma ống mềm, thì khám sàng lọc sẽ trở thành khám chẩn đoán.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho những thành viên đủ điều kiện cho mỗi lần thực rửa với dung dịch bari để khám sàng lọc được Medicare bao trả.</p>

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p> <b>Khám sàng lọc ung thư đại trực tràng (tiếp)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Thụt Rửa Với Dung Dịch Bari làm phương pháp nội soi thay thế cho bệnh nhân có nguy cơ cao và 24 tháng kể từ lần thụt rửa với dung dịch bari sàng lọc gần nhất hoặc lần nội soi sàng lọc gần nhất.</li> <li>Thụt Rửa Với Dung Dịch Bari làm phương pháp thay thế cho nội soi đại tràng sigma ống mềm cho bệnh nhân không có nguy cơ cao và từ 45 tuổi trở lên. Một lần ít nhất 48 tháng sau lần sàng lọc gần nhất bằng thụt rửa với dung dịch bari hoặc sàng lọc bằng nội soi đại tràng sigma ống mềm.</li> </ul> <p>Các xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng bao gồm nội soi sàng lọc tiếp nối sau xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng dựa trên phân không xâm lấn được Medicare bao trả cho kết quả dương tính.</p> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	
<p><b>Các dịch vụ nha khoa*</b></p> <p>Nói chung, các dịch vụ nha khoa phòng ngừa (như làm sạch răng, khám răng định kỳ và chụp X-quang răng) không được Original Medicare bao trả. Tuy nhiên, Medicare hiện thanh toán cho các dịch vụ nha khoa trong một số trường hợp hạn chế, đặc biệt khi dịch vụ đó là một phần không thể thiếu trong điều trị cụ thể cho tình trạng y tế chính của người thụ hưởng. Một số ví dụ bao gồm tái tạo hàm sau khi gãy xương hoặc chấn thương, nhổ răng để chuẩn bị điều trị bức xạ cho bệnh ung thư liên quan đến hàm hoặc khám răng miệng trước khi ghép thận. Ngoài ra, chúng tôi bao trả:</p> <p>Các dịch vụ nha khoa được Medicare bao trả:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Phẫu thuật hàm hoặc các cấu trúc liên quan, điều chỉnh các phần gãy của xương hàm hoặc mặt, nhổ răng để chuẩn bị hàm trước khi xạ trị bệnh ung thư tân sinh và các dịch vụ răng hàm mặt khác được cung cấp bởi một bác sĩ y khoa.</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám nha khoa được Medicare bao trả.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**


Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Các dịch vụ nha khoa* (tiếp)</b></p> <p>Các dịch vụ nha khoa khác:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chúng tôi cung cấp cho quý vị thẻ ghi nợ đã có sẵn tiền để thanh toán cho dịch vụ chăm sóc răng miệng của quý vị. Quý vị có thể sử dụng số tiền trong thẻ này cho bất kỳ dịch vụ nha khoa nào quý vị thích, từ làm sạch và chụp X-quang cho đến trám răng và mào răng. Thẻ này không được sử dụng cho các dịch vụ không phải dịch vụ nha khoa.</li> <li>• Thẻ có mức trợ cấp tối đa là \$1,900, quý vị có thể sử dụng thẻ này trong khoảng thời gian từ 12:00 a.m. ngày 1 tháng 1 năm 2025 đến 11:59 p.m. ngày 31 tháng 12 năm 2025. Xin lưu ý rằng nếu quý vị không sử dụng hết số tiền trong thẻ của mình trong khung thời gian đó, số tiền sẽ hết hạn và không được chuyển sang năm tiếp theo.</li> <li>• Thẻ có thể được sử dụng tại bất kỳ phòng khám nha khoa nào mà quý vị chọn.</li> <li>• Nếu quý vị sử dụng tất cả số tiền trong thẻ để thanh toán cho một dịch vụ hoặc thủ thuật nha khoa duy nhất, quý vị sẽ cần phải thanh toán toàn bộ khoản chia sẻ chi phí cho bất kỳ dịch vụ chăm sóc răng miệng nào trong tương lai mà quý vị nhận được cùng năm.</li> </ul> <p>Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về thẻ ghi nợ hoặc quyền lợi nha khoa của mình, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.</p> <p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Quý vị có khoản trợ cấp \$1,900 mỗi năm cho bất kỳ dịch vụ nha khoa nào mà quý vị chọn.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p> <b>Khám sàng lọc bệnh trầm cảm</b></p> <p>Chúng tôi bao trả một lần khám sàng lọc bệnh trầm cảm mỗi năm. Lần khám sàng lọc này phải được thực hiện tại cơ sở chăm sóc chính có thể cung cấp biện pháp điều trị theo dõi và/hoặc giấy giới thiệu.</p> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho một lần khám sàng lọc bệnh trầm cảm hàng năm.</p>
<p> <b>Khám sàng lọc bệnh tiểu đường</b></p> <p>Chúng tôi bao trả cho lần khám sàng lọc này (bao gồm xét nghiệm glucose lúc đói) nếu quý vị có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây: huyết áp cao (tăng huyết áp), tiền sử nồng độ cholesterol và triglyceride bất thường (rối loạn lipid máu), béo phì hoặc có tiền sử đường huyết (glucose) cao. Các xét nghiệm cũng có thể được bao trả nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu khác, như bị thừa cân và có tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường.</p> <p>Quý vị có thể đủ điều kiện nhận tối đa hai lần khám sàng lọc bệnh tiểu đường cứ 12 tháng một lần kể từ ngày xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường gần đây nhất.</p> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các xét nghiệm sàng lọc bệnh tiểu đường được Medicare bao trả.</p>

**Các dịch vụ được bao trả cho quý vị**

**Những khoản quý vị phải thanh toán** khi nhận các dịch vụ này

 **Đào tạo về cách tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và vật tư điều trị bệnh tiểu đường\***

Đối với tất cả những người mắc bệnh tiểu đường (người sử dụng insulin và không sử dụng insulin), các dịch vụ được bao trả bao gồm:

- Vật tư để theo dõi chỉ số đường huyết của quý vị: Máy đo đường huyết, que thử đường huyết, thiết bị chích và lưới chích và dung dịch kiểm chuẩn glucose để kiểm tra độ chính xác của que thử và máy đo đường huyết.
- Dành cho người mắc bệnh tiểu đường có bệnh về bàn chân nghiêm trọng do tiểu đường: Một đôi giày trị liệu với khuôn đặt riêng cho mỗi năm theo lịch (bao gồm lót giày kèm theo) và hai đôi lót giày bổ sung, hoặc một đôi giày đế sâu và ba đôi lót giày (không bao gồm đôi lót giày có thể tháo ra không được tùy chỉnh kèm theo giày). Khoản bao trả bao gồm việc căn chỉnh cho vừa vặn.


Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các vật tư theo dõi bệnh tiểu đường được Medicare bao trả. Que thử và máy đo đường huyết được giới hạn cho các nhà sản xuất ưu tiên của chương trình. Tất cả các nguồn cung cấp và/hoặc thiết bị cho bệnh nhân tiểu đường phải được cung cấp và sắp xếp thông qua nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới hoặc nhà cung cấp trong mạng lưới khác.

Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho giày hoặc miếng lót trị liệu được Medicare bao trả.

Tất cả Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME) phải được cung cấp và sắp xếp thông qua nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới, Providence Home Services, hoặc nhà cung cấp khác được chương trình cho phép.



**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p> <b>Đào tạo về cách tự kiểm soát bệnh tiểu đường, các dịch vụ và vật tư điều trị bệnh tiểu đường* (tiếp)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hướng dẫn cách tự kiểm soát bệnh tiểu đường được bao trả theo một số điều kiện.</li> </ul> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p> <p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ hướng dẫn cách tự kiểm soát bệnh tiểu đường được Medicare bao trả.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>
<p><b>Thiết bị y tế lâu bền (DME) và vật tư liên quan*</b></p> <p>(Để biết định nghĩa về thiết bị y tế lâu bền, xem Chương 12 cũng như Chương 3, Phần 7 của tài liệu này.)</p> <p>Các vật dụng được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở: xe lăn, nạng, hệ thống nệm chạy điện, vật tư cho người mắc bệnh tiểu đường, giường bệnh theo yêu cầu của nhà cung cấp để sử dụng tại nhà, bơm truyền dịch tĩnh mạch, thiết bị hỗ trợ phát âm, thiết bị cấp oxy, máy xông khí dung và khung tập đi.</p> <p>Chúng tôi chi trả tất cả các DME cần thiết về mặt y tế được Original Medicare bao trả. Nếu nhà cung cấp của chúng tôi trong khu vực của quý vị không có thương hiệu hoặc nhà sản xuất cụ thể, quý vị có thể hỏi xem họ có thể đặt hàng đặc biệt cho quý vị hay không. <i>Danh sách các nhà cung cấp mới nhất này cũng có trên trang web của chúng tôi tại <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider">www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider</a>. Nhà cung cấp DME trong khu vực của quý vị là Providence Home Services. Quý vị có thể liên hệ với họ theo số 1-800-762-1253.</i></p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho thiết bị y tế lâu bền và các vật tư liên quan được Medicare bao trả.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho thiết bị cấp oxy Medicare.</p> <p>Khoản chia sẻ chi phí của quý vị sẽ không thay đổi sau khi quý vị đã ghi danh được 36 tháng.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Thiết bị y tế lâu bền (DME) và vật tư liên quan* (tiếp)</b></p> <p>Nếu không đồng ý với quyết định bao trả của chương trình thì quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. Quý vị cũng có thể nộp đơn kháng cáo nếu không đồng ý với quyết định của nhà cung cấp về loại sản phẩm hoặc nhãn hiệu phù hợp với tình trạng bệnh lý của quý vị. (Để biết thêm thông tin về quy trình kháng cáo, vui lòng xem Chương 9: <i>Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại).</i>)</p> <p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Tất cả các Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME), chẳng hạn như máy theo dõi đường huyết liên tục (CGM), máy bơm insulin và xe lăn, phải được cung cấp bởi nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới, Providence Home Services hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>


**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Chăm sóc cấp cứu</b></p> <p>Dịch vụ chăm sóc cấp cứu là các dịch vụ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Được cung cấp bởi nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn cung cấp dịch vụ cấp cứu, và</li> <li>• Cần thiết để đánh giá hoặc làm ổn định tình trạng y tế khẩn cấp.</li> </ul> <p>Cấp cứu y tế là khi quý vị hoặc bất cứ người không có chuyên môn nào khác, có hiểu biết vừa phải về sức khỏe và y học, thấy rằng quý vị có các triệu chứng sức khỏe cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để tránh mất mạng, mất chi hoặc mất chức năng của chi. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh tật, chấn thương, đau dữ dội hoặc tình trạng sức khỏe xấu đi nhanh chóng.</p> <p>Mức chia sẻ chi phí đối với các dịch vụ cấp cứu cần thiết được cung cấp ngoài mạng lưới bằng với mức các dịch vụ này được cung cấp trong mạng lưới.</p> <p>Bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu chỉ áp dụng trong phạm vi Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.</p>	<p>Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám tại phòng cấp cứu được Medicare bao trả.</p> <p>Nếu nhập viện trong vòng 24 giờ tại phòng cấp cứu trong lần thăm khám, quý vị không phải thanh toán khoản đồng thanh toán phòng cấp cứu.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p> <p>Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc cấp cứu tại bệnh viện ngoài mạng lưới và cần chăm sóc nội trú sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị ổn định, thì quý vị phải được chăm sóc nội trú tại một bệnh viện ngoài mạng lưới được chương trình cho phép và chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị sẽ thanh toán tại bệnh viện trong mạng lưới.</p> <p>Xem phần “Các dịch vụ nội trú tại bệnh viện” trong bảng quyền lợi y tế này để biết thông tin về khoản chia sẻ chi phí nội trú.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Quyền lợi thể dục</b></p> <p>Thành viên của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) được sử dụng các phòng tập thể dục trong mạng lưới để giúp kiểm soát sức khỏe thể chất và duy trì sức khỏe tinh thần tốt nhất. Là thành viên, quý vị sẽ được nhận những dịch vụ sau với chi phí thấp hoặc miễn phí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Phòng Tập Thể Dục:</b> Quý vị có quyền sử dụng một loạt các phòng tập thể dục địa phương. Quý vị có thể tìm một trung tâm thể dục trong bán kính 40 dặm bằng cách truy cập trang web thể dục. Xem bảng Người Quản Lý Quyền Lợi ở Chương 2 Phần 1 để biết thông tin liên hệ.</li> <li>• <b>Thể Dục Trực Tuyến:</b> Có các lớp thể dục, vui lòng truy cập trang web thể dục để biết lịch học.</li> <li>• <b>Hoạt Động Thể Dục:</b> Quý vị cũng có quyền truy cập vào các sự kiện xã hội và các hoạt động khác có sẵn trên trang web thể dục.</li> <li>• <b>Sức Khỏe Trí Não –</b> Có một chương trình giúp trí não quý vị trở nên nhạy bén nhất, rèn luyện trí nhớ, tăng cường khả năng tập trung và tốc độ của não bộ.</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho quyền lợi thể dục.</p>
<p><i>Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, cần trợ giúp tìm trung tâm thể dục tham gia chương trình, muốn ghi danh hoặc tìm hiểu thêm về chương trình, hãy liên hệ với Người Quản Lý Quyền Lợi. Quý vị có thể tìm thấy thông tin liên hệ của họ ở Chương 2, Phần 1.</i></p>	
<p><b>Các dịch vụ thính lực</b></p> <p>Các bài đánh giá thính lực và thặng bằng chẩn đoán do nhà cung cấp của quý vị thực hiện để xác định xem quý vị có cần điều trị y tế hay không được bao trả như dịch vụ chăm sóc ngoại trú khi được bác sĩ, chuyên gia thính học hoặc nhà cung cấp đủ điều kiện khác cung cấp.</p> <p><b>Xin lưu ý:</b> Có thể áp dụng một khoản chia sẻ chi phí riêng nếu các dịch vụ bổ sung được cung cấp. Nhìn chung, máy trợ thính và các lần kiểm tra thính lực bổ sung không phải là quyền lợi được bao trả.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho khám chẩn đoán thính lực được Medicare bao trả. Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

<p><b>Các dịch vụ được bao trả cho quý vị</b></p>	<p><b>Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này</b></p>
<p> <b>Khám sàng lọc HIV</b></p> <p>Đối với những người yêu cầu xét nghiệm sàng lọc HIV hoặc có nguy cơ nhiễm HIV cao, chúng tôi bao trả:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Một lần khám sàng lọc 12 tháng một lần</li> </ul> <p>Đối với phụ nữ đang mang thai, chúng tôi bao trả:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tôi đa ba lần khám sàng lọc trong suốt thai kỳ</li> </ul> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho những thành viên đủ điều kiện được khám sàng lọc HIV phòng ngừa do Medicare bao trả.</p>
<p><b>Dịch vụ chăm sóc của cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia*</b></p> <p>Trước khi nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, bác sĩ phải chứng nhận rằng quý vị cần dịch vụ này và sẽ yêu cầu một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia cung cấp dịch vụ này cho quý vị. Quý vị phải không ra khỏi nhà được, điều đó có nghĩa là việc rời khỏi nhà cũng đòi hỏi quý vị phải có nỗ lực rất lớn.</p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dịch vụ điều dưỡng lành nghề và dịch vụ hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại gia bán thời gian hoặc không liên tục (Sẽ được bao trả theo quyền lợi chăm sóc sức khỏe tại gia, tổng thời lượng cho các dịch vụ điều dưỡng lành nghề và dịch vụ hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tại gia phải dưới 8 giờ một ngày và 35 giờ một tuần)</li> <li>• Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và âm ngữ trị liệu</li> <li>• Dịch vụ y tế và xã hội</li> <li>• Thiết bị và vật tư y tế</li> </ul> <p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám sức khỏe tại nhà được Medicare bao trả. Tuy nhiên, khoản chia sẻ chi phí áp dụng được liệt kê ở những nơi khác trong bảng quyền lợi y tế này sẽ được áp dụng nếu vật dụng được bao trả theo một quyền lợi khác. Ví dụ: thiết bị y tế lâu bền không được cung cấp bởi một cơ quan sức khỏe tại gia.</p> <p>Tất cả các dịch vụ và hoạt động chăm sóc sức khỏe tại gia phải do Providence Home Services hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới cung cấp.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**


Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Liệu pháp tiêm truyền tại nhà*</b></p> <p>Liệu pháp tiêm truyền tại nhà bao gồm việc cho một cá nhân dùng thuốc hoặc sản phẩm sinh học qua đường tĩnh mạch hoặc dưới da tại nhà. Các thành phần cần thiết để thực hiện tiêm truyền tại nhà bao gồm thuốc (ví dụ: thuốc chống vi-rút, globulin miễn dịch), thiết bị (ví dụ: bơm tiêm) và vật tư (ví dụ: ống dẫn và ống thông).</p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ chuyên môn, bao gồm dịch vụ điều dưỡng, được trang bị phù hợp với kế hoạch chăm sóc</li> <li>• Chương trình hướng dẫn và giáo dục bệnh nhân không được bao trả theo quyền lợi thiết bị y tế lâu bền</li> <li>• Theo dõi từ xa</li> <li>• Các dịch vụ theo dõi cho hoạt động cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà và các thuốc tiêm truyền tại nhà do nhà cung cấp liệu pháp tiêm truyền tại nhà đủ tiêu chuẩn cung cấp</li> </ul> <p>Các thuốc Part B không ưu tiên có thể được sử dụng trong Trị Liệu Từng Bước. Vui lòng xem danh sách mới nhất về các loại thuốc Part B tuân theo Trị Liệu Từng Bước trên trang web của chúng tôi: <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary">www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary</a>.</p> <p><b>Xin lưu ý:</b> Có thể áp dụng một khoản chia sẻ chi phí riêng cho chi phí chuyên môn.</p> <p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho liệu pháp tiêm truyền tại nhà được Medicare bao trả.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho Thuốc hóa trị Part B được Medicare bao trả và việc sử dụng các loại thuốc đó.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các loại thuốc Part B khác được Medicare bao trả và việc sử dụng các loại thuốc đó.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các thiết bị y tế lâu bền, bộ phận giả và vật tư y tế liên quan được Medicare bao trả.</p>

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Chăm sóc cuối đời</b></p> <p>Quý vị đủ điều kiện hưởng quyền lợi chăm sóc cuối đời khi bác sĩ của quý vị và giám đốc y khoa về chăm sóc cuối đời đưa ra tiên lượng giai đoạn cuối xác nhận rằng quý vị bị bệnh nan y và chỉ còn sống được 6 tháng trở xuống nếu bệnh của quý vị tiếp tục tiến triển như bình thường. Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc từ bất kỳ chương trình chăm sóc cuối đời nào được Medicare chứng nhận. Chương trình của quý vị có nghĩa vụ giúp quý vị tìm thấy các chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận trong khu vực dịch vụ của chương trình, bao gồm cả những chương trình mà tổ chức MA sở hữu, kiểm soát hoặc có lợi ích tài chính. Bác sĩ chăm sóc cuối đời của quý vị có thể là một nhà cung cấp trong mạng lưới hoặc một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.</p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Các thuốc kiểm soát triệu chứng và giảm đau</li> <li>• Chăm sóc tạm thể ngắn hạn</li> <li>• Chăm sóc tại nhà</li> </ul> <p><u>Đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời và các dịch vụ được Medicare Part A hoặc B bao trả và có liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị:</u> Original Medicare (không phải chương trình của chúng tôi) sẽ thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị. Mặc dù quý vị đang trong chương trình chăm sóc cuối đời, nhưng nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị sẽ tính hóa đơn cho Original Medicare đối với những dịch vụ mà Original Medicare phải thanh toán. Quý vị sẽ nhận được hóa đơn cho chi phí chia sẻ với Original Medicare.</p>	<p>Khi quý vị ghi danh vào một chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận, các dịch vụ chăm sóc cuối đời cũng như dịch vụ Part A và Part B liên quan đến tiên lượng giai đoạn cuối của quý vị được Original Medicare bao trả, chứ không phải Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).</p> <p>Quý vị phải được nhận dịch vụ chăm sóc từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận.</p> <p>Một khoản chia sẻ chi phí bổ sung có thể áp dụng cho các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời được cung cấp trong thời gian nằm viện nội trú.</p> <p>Có thể áp dụng một khoản chia sẻ chi phí riêng cho thuốc và dịch vụ chăm sóc thay thế.</p> <p>Chương trình của chúng tôi bao trả dịch vụ tư vấn về chương trình chăm sóc cuối đời (chỉ một lần) dành cho người mắc bệnh nan y không lựa chọn nhận quyền lợi chăm sóc cuối đời.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ tư vấn chăm sóc cuối đời được nhận tại phòng mạch của bác sĩ chăm sóc chính hoặc phòng mạch của bác sĩ chuyên khoa.</p>

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Chăm sóc cuối đời (tiếp)</b></p> <p><u>Đối với các dịch vụ được Medicare Part A hoặc Part B bao trả và có liên quan đến tiền lương giai đoạn cuối của quý vị:</u> Nếu quý vị cần các dịch vụ không cấp cứu, không cấp thiết được bao trả theo Medicare Part A hoặc Part B và không liên quan đến tiền lương giai đoạn cuối của quý vị, thì số tiền quý vị phải trả cho những dịch vụ đó tùy thuộc vào việc quý vị có sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình của chúng tôi và tuân theo các quy tắc của chương trình (chẳng hạn như nếu cần phải yêu cầu sự cho phép trước) hay không.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nếu nhận các dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp trong mạng lưới, quý vị chỉ phải thanh toán khoản chia sẻ chi phí trong chương trình đối với các dịch vụ trong mạng lưới</li> <li>• Nếu nhận các dịch vụ được bao trả từ nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị sẽ phải thanh toán khoản chia sẻ chi phí theo chương trình Trả Phí Theo Dịch Vụ Medicare (Original Medicare)</li> </ul>	<p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>
<p><u>Đối với các dịch vụ được Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) bao trả nhưng không được Medicare Part A hoặc Part B bao trả:</u> Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) sẽ tiếp tục bao trả cho các dịch vụ được chương trình bao trả mà không được bao trả theo Part A hoặc B cho dù có liên quan đến tiền lương giai đoạn cuối của quý vị hay không. Quý vị thanh toán số tiền chia sẻ chi phí trong chương trình của mình cho các dịch vụ này.</p>	
<p><u>Đối với thuốc được bao trả theo quyền lợi Part D của chương trình:</u> Nếu những loại thuốc này không liên quan đến tình trạng bệnh giai đoạn cuối của quý vị, thì quý vị sẽ phải thanh toán khoản chia sẻ chi phí. Nếu chúng liên quan đến tình trạng bệnh giai đoạn cuối của quý vị, thì quý vị phải thanh toán khoản chia sẻ chi phí Original Medicare. Các loại thuốc không bao giờ được cả chương trình chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi bao trả cùng một lúc. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Chương 5, Phần 9.4 (“Điều gì xảy ra nếu quý vị tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận”).</p>	
<p><b>Lưu ý:</b> Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc không phải dịch vụ chăm sóc cuối đời (không liên quan đến tiền lương giai đoạn cuối của quý vị), hãy liên lạc với chúng tôi để sắp xếp dịch vụ.</p>	



**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p> <b>Chủng ngừa</b></p> <p>Các dịch vụ Medicare Part B được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vắc-xin phòng viêm phổi</li> <li>• Tiêm phòng (hoặc vắc-xin) cúm, một lần vào mỗi mùa cúm vào mùa thu và mùa đông, với mũi tiêm phòng (hoặc vắc-xin) cúm bổ sung nếu cần thiết về mặt y tế</li> <li>• Vắc-xin Viêm gan B nếu quý vị có nguy cơ mắc Viêm gan B cao hoặc vừa phải</li> <li>• Vắc-xin phòng COVID-19</li> <li>• Các vắc-xin khác nếu quý vị có nguy cơ và nếu những vắc-xin đó đáp ứng các quy tắc bao trả của Medicare Part B</li> </ul> <p>Chúng tôi cũng bao trả hầu hết các vắc-xin dành cho người lớn khác theo quyền lợi thuốc kê toa Part D của chúng tôi.</p> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các loại vắc-xin phòng viêm phổi, cúm, Viêm gan B và COVID-19.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho tất cả các loại vắc-xin Part B khác được Medicare bao trả.</p> <p>Quý vị phải đến nhà cung cấp dịch vụ Medicare để tiêm phòng cúm và/hoặc viêm phổi.</p> <p>Quý vị có thể nhận hầu hết các loại chủng ngừa tại nhà thuốc địa phương của quý vị.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện*</b></p> <p>Bao gồm các bệnh viện chăm sóc cấp tính nội trú, phục hồi chức năng nội trú, chăm sóc dài hạn và các loại dịch vụ nội trú khác tại bệnh viện. Dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện bắt đầu vào ngày mà quý vị chính thức nhập viện theo chỉ định của bác sĩ. Ngày trước khi quý vị xuất viện là ngày điều trị nội trú cuối cùng của quý vị.</p> <p>Quý vị được bao trả cho số ngày không giới hạn trong mỗi giai đoạn quyền lợi đối với các lần nằm viện nội trú được Medicare bao trả.</p> <p>Ngoại trừ trường hợp khẩn cấp, nhà cung cấp dịch vụ của quý vị phải cho chúng tôi biết rằng quý vị chuẩn bị nhập viện.</p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Phòng hai giường (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế)</li> <li>• Các bữa ăn, bao gồm cả chế độ ăn đặc biệt</li> <li>• Các dịch vụ điều dưỡng thường xuyên</li> <li>• Chi phí cho các thiết bị chăm sóc đặc biệt (chẳng hạn như các thiết bị chăm sóc chuyên sâu hoặc chăm sóc động mạch vành)</li> <li>• Thuốc và dược phẩm</li> <li>• Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm</li> <li>• Chụp X-quang và các dịch vụ chụp quang tuyến khác</li> <li>• Vật tư y tế và phẫu thuật cần thiết</li> <li>• Sử dụng các thiết bị, chẳng hạn như xe lăn</li> <li>• Chi phí cho phòng phẫu thuật và hồi sức</li> <li>• Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và âm ngữ/ngôn ngữ trị liệu</li> <li>• Các dịch vụ nội trú cho chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện</li> <li>• Trong một số điều kiện nhất định, các loại cấy ghép sau sẽ được bao trả: giác mạc, thận, thận-tụy, tim, gan, phổi, tim/phổi, tủy xương, tế bào gốc và ruột/đa tạng. Nếu quý vị cần cấy ghép, chúng tôi sẽ sắp xếp để trung tâm cấy ghép được Medicare phê duyệt xem xét trường hợp của quý vị, trung tâm này sẽ quyết định liệu quý vị có phải là người phù hợp để cấy ghép hay không.</li> </ul>	<p>Đây là các khoản chia sẻ chi phí trong năm 2024 và có thể thay đổi vào năm 2025. Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) sẽ cung cấp mức phí cập nhật mới nhất ngay khi mức phí được công bố. Trong năm 2024, số tiền quý vị cần trả cho mỗi giai đoạn quyền lợi là \$0 hoặc:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Khoản khấu trừ \$0 hoặc \$1,632;</li> <li>• Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các ngày 1-60;</li> <li>• Khoản đồng thanh toán \$0 hoặc \$408 mỗi ngày cho các ngày 61-90;</li> <li>• Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi ngày cho các ngày từ 91 trở đi</li> </ul>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện* (tiếp)</b></p> <p>Nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép có thể đến từ địa phương hoặc bên ngoài khu vực dịch vụ. Nếu các dịch vụ cấy ghép trong mạng lưới của chúng tôi ở ngoài phạm vi chăm sóc cộng đồng, quý vị có thể chọn cấy ghép tại địa phương miễn sao các nhà cung cấp dịch vụ cấy ghép tại địa phương sẵn lòng chấp nhận mức giá của Original Medicare. Nếu Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) cung cấp các dịch vụ cấy ghép tại một địa điểm bên ngoài phạm vi chăm sóc cấy ghép tại cộng đồng và quý vị chọn cấy ghép ở địa điểm xa xôi này, chúng tôi sẽ sắp xếp hoặc thanh toán các chi phí chỗ ở, chi phí đi lại hợp lý cho quý vị và một người đi cùng quý vị. Chi phí đi lại tùy thuộc vào sự cho phép trước và việc đủ điều kiện của người nhận. Tổng số tiền bồi hoàn tối đa được phép cho việc cấy ghép là \$5,000. Chi phí ăn uống và chỗ ở được giới hạn lên đến \$150 mỗi ngày và áp dụng cho mức tối đa \$5,000.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Máu - bao gồm lưu trữ và truyền máu. Chúng tôi chỉ bắt đầu bao trả cho máu toàn phần và hồng cầu lắng từ pint máu thứ tư mà quý vị cần. Quý vị phải thanh toán chi phí cho 3 pint máu đầu tiên mà quý vị nhận được trong năm hoặc lấy máu do chính quý vị hoặc người khác hiến tặng. Tất cả các thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu từ pint đầu tiên được sử dụng.</li> <li>• Dịch vụ của bác sĩ</li> </ul>	<p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị mang vật dụng về nhà hoặc bất kỳ vật dụng nào không liên quan đến tình trạng bệnh đang được điều trị, quý vị có thể chịu trách nhiệm về chi phí.</p> <p>Giai đoạn quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị tới một bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng lành nghề. Giai đoạn quyền lợi kết thúc khi quý vị không nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện nào (hoặc dịch vụ chăm sóc lành nghề tại cơ sở điều dưỡng lành nghề) trong 60 ngày liên tiếp.</p> <p>Nếu quý vị tới một bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng lành nghề sau khi một giai đoạn quyền lợi kết thúc, một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Không giới hạn số giai đoạn quyền lợi.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện* (tiếp)</b></p> <p><b>Lưu ý:</b> Để trở thành bệnh nhân nội trú, nhà cung cấp của quý vị phải ghi chỉ định cho quý vị nhập viện chính thức là bệnh nhân nội trú của bệnh viện. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú. Nếu quý vị không chắc mình là bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, quý vị hãy hỏi nhân viên của bệnh viện.</p> <p>Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare gọi là <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (Quý Vị Là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú? Nếu Quý Vị Tham Gia Medicare – Hãy Đặt Câu Hỏi!)</i> Tờ thông tin này được đăng tải trên Web tại địa chỉ <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> hoặc sẽ được cung cấp khi quý vị gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi vào những số này miễn phí, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần.</p> <p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p> <p>Quyền lợi nội trú của quý vị căn cứ theo ngày nhập viện.</p> <p>Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc nội trú được cho phép tại một bệnh viện ngoài mạng lưới sau khi tình trạng cấp cứu của quý vị ổn định, thì chi phí của quý vị là khoản chia sẻ chi phí mà quý vị sẽ trả tại một bệnh viện trong mạng lưới.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Các dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần*</b></p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cần nằm viện.</p> <p>Quý vị được nhận dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện tâm thần được Medicare bao trả tối đa 190 ngày trong suốt cuộc đời. Xin lưu ý rằng số ngày nằm viện được bao trả suốt đời không bao giờ bị bắt đầu lại. Ví dụ: nếu trước đây Medicare đã thanh toán cho quý vị nằm viện tâm thần nội trú trong 100 ngày, thì chương trình của quý vị sẽ chỉ thanh toán cho tối đa 90 ngày nằm viện trong tương lai. Giới hạn 190 ngày không áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú được cung cấp tại khoa tâm thần của bệnh viện đa khoa.</p> <p>Ngoại trừ trường hợp khẩn cấp, nhà cung cấp dịch vụ của quý vị phải cho chúng tôi biết rằng quý vị chuẩn bị nhập viện.</p> <p>Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được Providence Health Assurance quản lý. Cần phải liên hệ với Providence Health Assurance để được cho phép.</p> <p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Đây là các khoản chia sẻ chi phí trong năm 2024 và có thể thay đổi vào năm 2025. Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) sẽ cung cấp mức phí cập nhật mới nhất ngay khi mức phí được công bố. Trong năm 2024, số tiền quý vị cần trả cho mỗi giai đoạn quyền lợi là \$0 hoặc:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Khoản khấu trừ \$0 hoặc \$1,632;</li> <li>• Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các ngày 1-60;</li> <li>• Khoản đồng thanh toán \$0 hoặc \$408 mỗi ngày cho các ngày 61-90;</li> <li>• Khoản đồng thanh toán \$0 hoặc \$816 cho mỗi “ngày bảo lưu trọn đời” sau ngày thứ 90 (tối đa 60 ngày trong suốt cuộc đời quý vị);</li> <li>• Quý vị thanh toán mọi chi phí nếu vượt quá số ngày bảo lưu trọn đời.</li> </ul> <p>Giai đoạn quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị đến bệnh viện và kết thúc khi quý vị không nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc nội trú nào tại bệnh viện đó trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị đến bệnh viện sau khi một giai đoạn quyền lợi kết thúc, một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Tất cả các đợt nằm viện nội trú để chăm sóc sức khỏe tâm thần, bất kể tình trạng, đều được tính vào giai đoạn quyền lợi.</p>



**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Các dịch vụ nội trú tại bệnh viện tâm thần* (tiếp)</b></p>	<p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>
<p><b>Nằm viện nội trú: Các dịch vụ được bao trả nhận tại bệnh viện hoặc SNF trong thời gian nằm viện nội trú không được bao trả*</b></p>	<p>Các dịch vụ và vật tư được liệt kê ở bên trái sẽ tiếp tục được bao trả với mức chia sẻ chi phí được mô tả trong các phần tương ứng của bảng quyền lợi y tế này. Ví dụ: vật lý trị liệu sẽ được bao trả với số tiền chia sẻ chi phí trong “Các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú”.</p>
<p>Nếu quý vị không còn quyền lợi hoặc nếu việc nằm viện nội trú không hợp lý và cần thiết, chúng tôi sẽ không bao trả cho thời gian nằm viện nội trú của quý vị. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, chúng tôi sẽ bao trả một số dịch vụ quý vị nhận khi ở bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng lành nghề (SNF). Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dịch vụ của bác sĩ</li> <li>• Xét nghiệm chẩn đoán (như xét nghiệm trong phòng thí nghiệm)</li> <li>• Chụp X-quang, xạ trị dùng radium và đồng vị phóng xạ bao gồm các dịch vụ và vật liệu của kỹ thuật viên</li> <li>• Băng gạc phẫu thuật</li> <li>• Nẹp, băng bó bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm gãy xương và trật khớp</li> <li>• Các bộ phận giả và thiết bị chỉnh hình (ngoài dịch vụ nha khoa) thay thế tất cả hay một phần bộ phận bên trong cơ thể (bao gồm các mô tiếp giáp) hoặc tất cả hay một phần chức năng của cơ quan nội tạng vĩnh viễn không hoạt động hoặc hoạt động sai chức năng, bao gồm cả việc thay thế hoặc sửa chữa những thiết bị đó</li> <li>• Nẹp chân, tay, lưng và cổ; đai hỗ trợ thoát vị và chân, tay và mắt giả bao gồm dịch vụ điều chỉnh, sửa chữa và thay thế cần thiết do thiết bị gãy, mòn, mất hoặc có thay đổi về tình trạng thể chất của bệnh nhân</li> <li>• Vật lý trị liệu, âm ngữ trị liệu và hoạt động trị liệu</li> </ul>	
<p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Chương trình cung cấp bữa ăn (chỉ sau khi xuất viện)</b></p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho chương trình cung cấp bữa ăn không được Medicare bao trả. Bảo hiểm giới hạn ở hai bữa ăn mỗi ngày cho 28 ngày (tổng cộng 56 bữa ăn) sau mỗi lần nhập viện nội trú.</p>
<p>Chúng tôi bao trả tối đa 56 bữa ăn trong thời gian 28 ngày. Quyền lợi này có thể được sử dụng ngay sau khi quý vị xuất viện từ Bệnh Viện Cấp Tính Nội Trú, Bệnh Viện Tâm Thần Nội Trú hoặc SNF (nếu những lần nằm viện trước đó là thời gian nằm viện nội trú đủ tiêu chuẩn). Tất cả các bữa ăn sẽ được giao trực tiếp đến nhà của quý vị, và quý vị có thể đủ điều kiện để nhận các bữa ăn để giúp kiểm soát hoặc phục hồi các tình trạng sức khỏe hoặc chấn thương cụ thể của quý vị.</p>	
<p>Các hướng dẫn về quyền lợi:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Việc giao bữa ăn đầu tiên có thể mất đến ba ngày làm việc sau khi đặt hàng</li> <li>• Thời gian lưu trú có quan sát không đủ điều kiện nhận quyền lợi bữa ăn này</li> <li>• Bữa ăn phải được đặt qua nhà cung cấp dịch vụ giao bữa ăn của chúng tôi là Mom's Meals</li> <li>• Một số hạn chế và giới hạn có thể được áp dụng</li> </ul>	
<p>Để biết thêm thông tin chung về chương trình, vui lòng truy cập <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/momsmeals">www.ProvidenceHealthAssurance.com/momsmeals</a>. Quý vị không cần phải làm gì để bắt đầu nhận quyền lợi này vì Mom's Meals sẽ liên hệ trực tiếp với các thành viên đủ điều kiện. Nếu quý vị từ chối quyền lợi này nhưng sau đó đổi ý, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.</p>	

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p> <b>Liệu pháp dinh dưỡng y tế</b></p> <p>Quyền lợi này dành cho những người mắc bệnh tiểu đường, bệnh thận (nhưng không lọc máu) hoặc sau khi cấy ghép thận theo chỉ định của bác sĩ.</p> <p>Chúng tôi bao trả các dịch vụ tư vấn trực tiếp 1-1 kéo dài 3 giờ trong suốt năm đầu quý vị nhận các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế theo Medicare (bao gồm chương trình của chúng tôi, bất kỳ chương trình Medicare Advantage nào khác hoặc Original Medicare) và 2 giờ mỗi năm sau đó. Nếu tình trạng, biện pháp điều trị của quý vị hoặc chẩn đoán thay đổi, quý vị có thể nhận được thêm giờ điều trị theo chỉ định của bác sĩ. Bác sĩ phải kê toa các dịch vụ này và gia hạn chỉ định của họ mỗi năm nếu quý vị cần điều trị vào năm tới.</p> <p>Chúng tôi bao trả liệu pháp dinh dưỡng y tế do bác sĩ kê toa cho bất kể tình trạng bệnh hoặc chẩn đoán của quý vị.</p> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các thành viên đủ điều kiện nhận các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế do Medicare bao trả.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ liệu pháp dinh dưỡng y tế không được Medicare bao trả do một bác sĩ chỉ định.</p>
<p> <b>Chương Trình Phòng Chống Bệnh Tiểu Đường của Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</b></p> <p>Các dịch vụ MDPP sẽ được bao trả cho những người thụ hưởng Medicare hội đủ điều kiện theo tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe của Medicare.</p> <p>MDPP là một can thiệp thay đổi hành vi sức khỏe có cấu trúc cung cấp hướng dẫn thực tế về thay đổi chế độ ăn uống dài hạn, tăng hoạt động thể lực và các chiến thuật giải quyết vấn đề để vượt qua những thách thức để duy trì việc giảm cân và lối sống lành mạnh.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho quyền lợi MDPP.</p>



**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Thuốc kê toa Medicare Part B*</b></p> <p>Những loại thuốc này được bao trả theo Part B của Original Medicare. Các thành viên của chương trình chúng tôi nhận bảo hiểm cho những loại thuốc này thông qua chương trình của chúng tôi. Các thuốc được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Các loại thuốc thường không do bệnh nhân tự dùng và được tiêm hoặc truyền khi quý vị đang nhận các dịch vụ từ bác sĩ, các dịch vụ tại bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú hay các dịch vụ từ trung tâm phẫu thuật không lưu trú</li> <li>• Insulin được cung cấp thông qua một vật dụng thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như bơm insulin cần thiết về mặt y tế)</li> <li>• Thuốc mà quý vị dùng cần sử dụng thiết bị y tế lâu bền (chẳng hạn như máy xông khí dung) đã được chương trình cho phép</li> <li>• Thuốc điều trị bệnh Alzheimer, Leqembi® (tên thuốc gốc là lecanemab), được tiêm tĩnh mạch. Ngoài chi phí thuốc, quý vị có thể cần chụp chiếu và xét nghiệm thêm trước và/hoặc trong khi điều trị, do đó có thể làm tăng tổng chi phí. Hãy trao đổi với bác sĩ của quý vị về các loại chụp chiếu và xét nghiệm mà quý vị có thể cần thực hiện trong quá trình điều trị</li> <li>• Các yếu tố đông máu mà quý vị tự tiêm nếu quý vị mắc chứng máu khó đông</li> <li>• Thuốc Cây Ghép/Ức Chế Miễn Dịch: Nếu đã chi trả cho ca cấy ghép tạng của quý vị, Medicare sẽ bao trả cả chi phí trị liệu bằng thuốc cấy ghép. Quý vị phải có Part A tại thời điểm thực hiện ca cấy ghép tạng được bao trả và có Part B tại thời điểm sử dụng thuốc ức chế miễn dịch. Xin lưu ý rằng bảo hiểm thuốc Medicare (Part D) bao trả thuốc ức chế miễn dịch nếu Part B không bao trả loại thuốc này</li> <li>• Thuốc tiêm điều trị chứng loãng xương, nếu quý vị không thể ra khỏi nhà, bị gãy xương mà bác sĩ xác nhận là có liên quan đến chứng loãng xương sau mãn kinh và không thể tự dùng thuốc</li> <li>• Một số kháng nguyên: Medicare bao trả cho kháng nguyên nếu kháng nguyên do bác sĩ điều chế và do một người được hướng dẫn đúng cách (có thể là chính bệnh nhân như quý vị) cho bệnh nhân dùng dưới sự giám sát phù hợp</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho thuốc hóa trị và xạ trị Part B được Medicare bao trả và các loại thuốc Part B khác.</p> <p>Có thể áp dụng một khoản chia sẻ chi phí riêng cho việc sử dụng thuốc kê toa Part B được Medicare bao trả.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p> <p>Thuốc kê toa Part B của Chương trình Medicare có thể được sử dụng trong trị liệu từng bước.</p> <p>Khoản chia sẻ chi phí insulin phải tuân theo giới hạn chia sẻ chi phí là \$35 cho lượng insulin dùng trong một tháng.</p>


**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Thuốc kê toa Medicare Part B* (tiếp)</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Một số loại thuốc uống chống ung thư: Medicare bao trả một số loại thuốc uống điều trị ung thư nếu loại thuốc đó cũng có dạng tiêm hoặc là tiền chất (dạng uống của một loại thuốc mà sau khi uống sẽ phân hủy thành cùng một hoạt chất có trong thuốc tiêm) của thuốc tiêm. Khi có thuốc uống điều trị ung thư mới, Part B có thể bao trả cho loại thuốc đó. Nếu Part B không bao trả thì Part D sẽ bao trả</li> <li>• Thuốc uống chống buồn nôn: Medicare bao trả cho thuốc uống chống buồn nôn mà quý vị dùng trong phác đồ hóa trị ung thư, với điều kiện là quý vị dùng trước/vào thời điểm hóa trị hoặc trong vòng 48 giờ sau khi hóa trị hoặc dùng làm phương pháp điều trị thay thế hoàn toàn cho thuốc chống buồn nôn tiêm tĩnh mạch</li> <li>• Một số loại thuốc uống điều trị Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) nếu thuốc đó cũng có dạng tiêm và được quyền lợi ESRD Part B bao trả</li> <li>• Các loại thuốc calcimimetic theo hệ thống thanh toán ESRD, bao gồm thuốc tiêm tĩnh mạch Parsabiv® và thuốc uống Sensipar®</li> <li>• Một số thuốc dùng để lọc máu tại nhà, bao gồm heparin, thuốc giải độc heparin khi cần thiết về mặt y tế và thuốc gây tê tại chỗ</li> <li>• Yếu tố kích thích sản sinh hồng cầu: Medicare bao trả erythropoietin dạng tiêm nếu quý vị mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (ESRD) hoặc quý vị cần thuốc này để điều trị tình trạng thiếu máu liên quan đến một số bệnh lý khác (chẳng hạn như Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® hoặc Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta)</li> <li>• Globulin Miễn Dịch Tiêm Tĩnh Mạch để điều trị các bệnh lý suy giảm miễn dịch nguyên phát tại nhà</li> <li>• Truyền dinh dưỡng ngoài đường tiêu hóa và qua đường tiêu hóa (nuôi ăn bằng ống và đường tĩnh mạch)</li> </ul>	

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Thuốc kê toa Medicare Part B* (tiếp)</b></p> <p>Nhấp vào liên kết sau để xem danh sách các loại Thuốc Part B có thể phải tuân thủ Trị Liệu Từng Bước:  <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary">www.ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary</a></p> <p>Chúng tôi cũng bao trả một số vắc-xin theo Part B và hầu hết các loại vắc-xin cho người lớn theo quyền lợi thuốc kê toa Part D.</p> <p>Chương 5 giải thích quyền lợi thuốc kê toa Part D, bao gồm cả các quy tắc quý vị phải tuân thủ để được bao trả thuốc kê toa. Số tiền quý vị thanh toán cho thuốc kê toa Part D thông qua chương trình của chúng tôi được giải thích ở Chương 6.</p> <p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	
<p><b>Dịch Vụ Vận Chuyển Phi Y Tế</b></p> <p>Dịch vụ vận chuyển phi y tế là dịch vụ vận chuyển không liên quan đến cuộc hẹn khám y tế, chẳng hạn như chuyến xe đưa đón đến các địa điểm sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trung tâm thể dục (phòng tập thể dục) và các hoạt động chăm sóc sức khỏe xã hội liên quan như khu giải trí, trung tâm cộng đồng, công viên và trung tâm mua sắm (để đi bộ).</li> <li>○ Nhà Thuốc</li> <li>○ Cửa hàng tạp hóa</li> <li>○ Ngân hàng thực phẩm</li> <li>○ Trung tâm dành cho người cao tuổi</li> <li>○ Nhà thờ</li> <li>○ Ngân hàng và các tổ chức tài chính</li> <li>○ Tiệm cắt tóc và thẩm mỹ viện</li> <li>○ Đi thăm người thân</li> </ul> <p>Quý vị được bao trả tối đa 36 chuyến đi một chiều đối với dịch vụ vận chuyển phi y tế. Quý vị muốn lên lịch đi xe cho một hoạt động sắp tới? Tham khảo Chương 2, Phần 1 trong phần thông tin liên hệ của người quản lý quyền lợi.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho tối đa 36 chuyến đi một chiều (mỗi chiều tối đa 25 dặm) mỗi năm.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

<p><b>Các dịch vụ được bao trả cho quý vị</b></p>	<p><b>Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này</b></p>
<p><b>Đường Dây Nóng Do Điều Dưỡng Tư Vấn</b></p> <p>Quý vị đang phải đối phó với một tình huống y tế cấp thiết? ProvRN hoạt động 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Các điều dưỡng đã đăng ký sẽ giúp quý vị xác định các bước tiếp theo của mình, từ việc dùng thuốc giảm đau đến việc tới một địa điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc khẩn cấp. Cho dù quý vị gọi đến để hỏi về bản thân hay con cái, các điều dưỡng đều có thể trợ giúp. Quý vị chỉ cần gọi 503-574-6520 hoặc 1-800-700-0481 để bắt đầu.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ đối với đường dây nóng do điều dưỡng tư vấn.</p>
<p> <b>Khám sàng lọc bệnh béo phì và liệu pháp thúc đẩy giảm cân lâu dài</b></p> <p>Nếu quý vị có chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên, chúng tôi sẽ bao trả dịch vụ tư vấn chuyên sâu để giúp quý vị giảm cân. Dịch vụ tư vấn này được bao trả nếu quý vị nhận dịch vụ tại một cơ sở chăm sóc chính mà có thể được phối hợp với chương trình phòng ngừa toàn diện của quý vị. Trao đổi với chuyên viên hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị để tìm hiểu thêm.</p> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho việc khám sàng lọc và liệu pháp phòng ngừa béo phì.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Dịch vụ của chương trình điều trị rối loạn sử dụng opioid*</b></p> <p>Các thành viên của chương trình chúng tôi bị rối loạn sử dụng opioid (opioid use disorder, OUD) có thể nhận được bảo hiểm của các dịch vụ để điều trị OUD thông qua Chương Trình Điều Trị Rối Loạn Sử Dụng Opioid (Opioid Treatment Program, OTP) bao gồm các dịch vụ sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Các thuốc điều trị hỗ trợ bằng thuốc (medication-assisted treatment, MAT) chủ vận và đối kháng opioid được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (Food and Drug Administration, FDA) Hoa Kỳ phê duyệt.</li> <li>• Cấp phát và sử dụng thuốc MAT (nếu có)</li> <li>• Tư vấn điều trị rối loạn do sử dụng chất gây nghiện</li> <li>• Trị liệu cá nhân và theo nhóm</li> <li>• Xét nghiệm độc tính</li> <li>• Hoạt động dùng thuốc</li> <li>• Đánh giá định kỳ</li> </ul> <p><b>Xin lưu ý:</b> Có thể áp dụng một khoản chia sẻ chi phí riêng nếu các dịch vụ bổ sung được cung cấp.</p> <p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ của nhà cung cấp dịch vụ điều trị opioid đã ghi danh với Medicare. Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ chương trình điều trị rối loạn sử dụng opioid được Medicare bao trả.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Xét nghiệm chẩn đoán và các dịch vụ trị liệu và vật tư dành cho bệnh nhân ngoại trú*</b></p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chụp X-quang</li> <li>• Xạ trị (radium và đồng vị phóng xạ) bao gồm vật tư và vật liệu của kỹ thuật viên</li> <li>• Các thủ thuật chẩn đoán hình ảnh đặc biệt, chẳng hạn như chụp MRI, CT và PET. Tất cả các thủ thuật chẩn đoán hình ảnh đặc biệt phải do nhà cung cấp chỉ định điều phối thông qua người quản lý quyền lợi chẩn đoán hình ảnh. Xem Chương 2, Phần 1 để biết thông tin liên hệ.</li> <li>• Các xét nghiệm chẩn đoán đặc biệt, chẳng hạn như siêu âm và theo dõi Holter</li> <li>• Vật tư phẫu thuật, chẳng hạn như băng gạc</li> <li>• Nẹp, băng bó bột và các thiết bị khác được sử dụng để giảm gãy xương và trật khớp</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ chụp X-quang được Medicare bao trả.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các vật tư và dịch vụ chụp quang tuyến trị liệu được Medicare bao trả.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi thủ thuật chẩn đoán hình ảnh đặc biệt và xét nghiệm chẩn đoán đặc biệt được Medicare bao trả.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho băng bó bột hoặc vật tư phẫu thuật được Medicare bao trả.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho băng gạc và vật tư, nẹp, băng bó bột và các thiết bị khác được Medicare bao trả để hạn chế gãy xương và trật khớp. Vật tư phải được cung cấp bởi Providence Home Services hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Xét nghiệm chẩn đoán và các dịch vụ trị liệu và vật tư dành cho bệnh nhân ngoại trú* (tiếp)</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ xét nghiệm được Medicare bao trả.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Máu - bao gồm lưu trữ và truyền máu. Chúng tôi chỉ bắt đầu bao trả cho máu toàn phần và hồng cầu lắng từ pint máu thứ tư mà quý vị cần. Quý vị phải thanh toán chi phí cho 3 pint máu đầu tiên mà quý vị nhận được trong năm hoặc lấy máu do chính quý vị hoặc người khác hiến tặng. Tất cả các thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu từ pint đầu tiên được sử dụng.</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ về máu.</p> <p>Mức chia sẻ chi phí được tính dựa trên quyền lợi Original Medicare và sẽ phụ thuộc vào quy trình và cách xử lý máu.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Các xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán ngoại trú khác</li> </ul> <p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán được Medicare bao trả.</p> <p>Nếu quý vị nhận được các dịch vụ ngoài xét nghiệm/thủ thuật về máu, phòng xét nghiệm hoặc xét nghiệm/thủ thuật chẩn đoán khác được Medicare bao trả, chúng tôi có thể áp dụng một khoản chia sẻ chi phí riêng.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Dịch vụ theo dõi ngoại trú tại bệnh viện*</b></p> <p>Các dịch vụ theo dõi là các dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện được cung cấp để xác định liệu quý vị có cần được nhập viện để điều trị nội trú hay có thể được xuất viện.</p> <p>Để các dịch vụ theo dõi ngoại trú tại bệnh viện được bao trả, các dịch vụ này phải đáp ứng tiêu chuẩn của Medicare và được coi là hợp lý và cần thiết. Các dịch vụ theo dõi chỉ được bao trả khi được cung cấp theo chỉ định của bác sĩ hoặc cá nhân khác được cho phép theo luật cấp phép của tiểu bang và nội quy dành cho nhân viên của bệnh viện để tiếp nhận bệnh nhân vào bệnh viện hoặc chỉ định các xét nghiệm cho bệnh nhân ngoại trú.</p> <p><b>Lưu ý:</b> Nếu nhà cung cấp không ghi chỉ định cho quý vị nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú, quý vị sẽ là bệnh nhân ngoại trú và thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ ngoại 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 có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, quý vị hãy hỏi nhân viên của bệnh viện.</p> <p>Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare gọi là <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (Quý Vị Là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú? Nếu Quý Vị Tham Gia Medicare – Hãy Đặt Câu Hỏi!)</i> Tờ thông tin này được đăng tải trên Web tại địa chỉ <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> hoặc sẽ được cung cấp khi quý vị gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi vào những số này miễn phí, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần.</p> <p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ theo dõi được Medicare bao trả.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>



**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện*</b></p> <p>Chúng tôi bao trả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế mà quý vị nhận được tại khoa khám bệnh của bệnh viện để chẩn đoán hoặc điều trị một bệnh lý hoặc chấn thương.</p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ tại phòng cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, chẳng hạn như các dịch vụ theo dõi hoặc phẫu thuật ngoại trú</li> </ul> <p><b>Xin lưu ý:</b> Có thể áp dụng một khoản chia sẻ chi phí riêng cho chi phí chuyên môn.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám tại phòng cấp cứu được Medicare bao trả.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Các xét nghiệm chẩn đoán và xét nghiệm trong phòng thí nghiệm sẽ do bệnh viện tính phí</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ theo dõi được Medicare bao trả.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chăm sóc sức khỏe tâm thần, bao gồm dịch vụ chăm sóc trong chương trình nhập viện một phần, nếu bác sĩ xác nhận rằng điều trị nội trú là cần thiết nếu không nhận được dịch vụ chăm sóc đó</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần phẫu thuật ngoại trú được Medicare bao trả.</p>
	<p>Không phát sinh phí cơ sở cho các lần khám bệnh ngoại trú.</p>
	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ xét nghiệm được Medicare bao trả.</p>
	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán được Medicare bao trả.</p>
	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ của chương trình nhập viện một phần được Medicare bao trả.</p>

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện* (tiếp)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ chụp X-quang và chẩn đoán hình ảnh khác sẽ do bệnh viện tính phí</li> <li>• Vật tư y tế như nẹp và băng bó bột</li> <li>• Một số loại thuốc và sinh phẩm mà quý vị không thể tự dùng</li> </ul> <p><b>Lưu ý:</b> Nếu nhà cung cấp không ghi chỉ định cho quý vị nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú, quý vị sẽ là bệnh nhân ngoại trú và thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ ngoại 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 có phải là bệnh nhân ngoại trú hay không, quý vị hãy hỏi nhân viên của bệnh viện.</p> <p>Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin trong tờ thông tin Medicare gọi là <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (Quý Vị Là Bệnh Nhân Nội Trú hay Ngoại Trú? Nếu Quý Vị Tham Gia Medicare – Hãy Đặt Câu Hỏi!)</i> Tờ thông tin này được đăng tải trên Web tại địa chỉ <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> hoặc sẽ được cung cấp khi quý vị gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi vào những số này miễn phí, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần.</p> <p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ chụp quang tuyến và chụp X-quang được Medicare bao trả.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi thủ thuật chẩn đoán hình ảnh đặc biệt và xét nghiệm chẩn đoán đặc biệt được Medicare bao trả.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho thuốc hóa trị và xạ trị Part B được Medicare bao trả và các loại thuốc Part B khác.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Chăm sóc sức khỏe tâm thần ngoại trú*</b></p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <p>Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được cung cấp bởi bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ được tiểu bang cấp phép, chuyên gia tâm lý học lâm sàng, nhân viên xã hội lâm sàng, điều dưỡng chuyên khoa lâm sàng, chuyên viên y văn được cấp phép (licensed professional counselor, LPC), nhà trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (licensed marriage and family therapist, LMFT), điều dưỡng điều trị (NP), trợ lý bác sĩ (PA) hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần khác được Medicare cho phép theo luật hiện hành của tiểu bang.</p> <p>Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được Providence Health Assurance quản lý. Cần phải liên hệ với Providence Health Assurance để được cho phép.</p> <p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám trị liệu cho cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare bao trả.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ của chương trình nhập viện một phần được Medicare bao trả.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú*</b></p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm: vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và âm ngữ/ngôn ngữ trị liệu.</p> <p>Các dịch vụ phục hồi chức năng ngoại trú được cung cấp từ nhiều cơ sở ngoại trú, chẳng hạn như các khoa khám bệnh của bệnh viện, các văn phòng chuyên gia trị liệu độc lập, và các Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORF).</p> <p>*Không cần sự cho phép trước đối với các dịch vụ phục hồi chức năng ban đầu; tuy nhiên, có thể cần sự cho phép đối với những lần thăm khám tiếp theo.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám hoạt động trị liệu được Medicare bao trả.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám vật lý trị liệu, âm ngữ và ngôn ngữ trị liệu được Medicare bao trả.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Các dịch vụ ngoại trú cho chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện*</b></p> <p>Các mức độ chăm sóc được bao trả đối với chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dịch vụ nhập viện một phần/điều trị theo ngày</li> <li>• Điều trị ngoại trú chuyên sâu</li> <li>• Điều trị ngoại trú</li> </ul> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Đánh giá chẩn đoán, đánh giá và lập kế hoạch điều trị</li> <li>• Điều trị và/hoặc thủ thuật</li> <li>• Quản lý thuốc và các phương pháp điều trị liên quan khác</li> <li>• Trị liệu cá nhân, gia đình và theo nhóm</li> <li>• Dịch vụ quản lý ca bệnh theo nhà cung cấp</li> <li>• Can thiệp khủng hoảng</li> </ul> <p><b>Xin lưu ý:</b> Tất cả các dịch vụ điều trị chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện phải được tiếp nhận trên cơ sở ngoại trú tại bệnh viện, cơ sở thay thế hoặc phòng mạch của nhà cung cấp. Ngoài ra, các dịch vụ này phải do một bác sĩ sức khỏe hành vi có trình độ phù hợp cung cấp hoặc chỉ dẫn.</p> <p>Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được Providence Health Assurance quản lý. Cần phải liên hệ với Providence Health Assurance để được cho phép.</p> <p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ của chương trình nhập viện một phần được Medicare bao trả.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám trị liệu ngoại trú chuyên sâu được Medicare bao trả.</p> <p>Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hay khấu trừ cho mỗi lần thăm khám trị liệu cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare bao trả.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm cả các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật không lưu trú*</b></p>	<p>Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám tại trung tâm phẫu thuật không lưu trú được Medicare bao trả.</p>
<p><b>Lưu ý:</b> Nếu quý vị làm phẫu thuật tại một cơ sở bệnh viện, quý vị nên kiểm tra với nhà cung cấp của quý vị xem quý vị sẽ là bệnh nhân nội trú hay bệnh nhân ngoại trú. Trừ khi nhà cung cấp ghi chỉ định cho quý vị nhập viện nội trú, nếu không quý vị sẽ là bệnh nhân ngoại trú và phải thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho dịch vụ phẫu thuật dành cho 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.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần phẫu thuật ngoại trú tại bệnh viện được Medicare bao trả.</p>
<p><b>Xin lưu ý:</b> Có thể áp dụng một khoản chia sẻ chi phí riêng cho chi phí chuyên môn.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ theo dõi được Medicare bao trả.</p>
<p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Vật dụng mua tự do không cần toa (OTC)</b></p> <p>Chúng tôi cung cấp cho quý vị thẻ ghi nợ nạp sẵn với khoản trợ cấp \$150 ba tháng một lần để thanh toán cho thực phẩm, nông sản và các vật dụng chăm sóc sức khỏe mua tự do không cần toa (OTC). Trợ cấp của quý vị quay vòng ba tháng một lần và hết hạn sau 11:59 p.m. ngày 31 tháng 12 hàng năm.</p> <p>Quý vị có thể mua các vật dụng chăm sóc sức khỏe không cần toa đủ điều kiện từ các nhà thuốc bán lẻ tham gia trong khu vực của quý vị. Hoặc, để mua hàng từ xa, quý vị có thể đặt hàng từ danh mục qua điện thoại, web hoặc thư. Xin lưu ý rằng các vật dụng có trong danh mục chỉ được cung cấp qua hình thức giao tận nhà. Ngoài ra, không thể mua các vật dụng này qua bất kỳ nhà cung cấp hoặc kênh nào khác ngoài những kênh được mô tả ở trên.</p> <p>Để được hỗ trợ hoặc để có danh sách các vật dụng được chấp thuận và các nhà thuốc bán lẻ, vui lòng truy cập <a href="#">trang web được liệt kê trong thông tin liên hệ của người quản lý quyền lợi ở Chương 2, Phần 1.</a></p> <p>Đối với tất cả các câu hỏi hoặc thắc mắc khác, vui lòng liên hệ Providence Health Assurance theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các vật dụng mua tự do không cần toa.</p> <p>Cứ ba tháng một lần, quý vị sẽ được trợ cấp \$150 (đặt mua OTC trực tuyến, qua điện thoại, qua đường bưu điện, danh mục, thẻ bán lẻ) Quý vị cũng có thể sử dụng thẻ để mua các mặt hàng thực phẩm lành mạnh đủ điều kiện như nông sản, sản phẩm từ sữa, thịt, v.v.</p> <p>Số tiền quý vị chưa chi tiêu sẽ được chuyển tiếp từ quý này sang quý khác, sau đó hết hạn vào cuối năm 2025.</p> <p>Quý vị chỉ có thể mua các vật dụng mua tự do không cần toa từ danh mục của chúng tôi hoặc các nhà bán lẻ được chấp thuận. Để nhận bản sao danh mục này, vui lòng liên hệ với người quản lý quyền lợi hoặc bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của Providence. Thông tin có ở mục thông tin liên hệ của người quản lý quyền lợi trong Chương 2, Phần 1.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Dịch vụ nhập viện một phần và Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu*</b></p> <p><i>Nhập viện một phần</i> là chương trình điều trị tâm thần tích cực có cấu trúc được cung cấp dưới dạng dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện hoặc trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, chuyên sâu hơn so với dịch vụ chăm sóc nhận được tại phòng mạch của bác sĩ, chuyên gia trị liệu, nhà trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc văn phòng cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép của quý vị và là biện pháp thay thế cho nhập viện nội trú.</p> <p><i>Dịch vụ ngoại trú chuyên sâu</i> là chương trình điều trị sức khỏe hành vi (tâm thần) tích cực có cấu trúc được cung cấp tại khoa ngoại trú của bệnh viện, trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng, trung tâm y tế đủ tiêu chuẩn Liên Bang hoặc phòng khám y tế nông thôn, chuyên sâu hơn so với dịch vụ chăm sóc nhận được tại phòng mạch của bác sĩ, chuyên gia trị liệu, nhà trị liệu hôn nhân và gia đình được cấp phép (LMFT) hoặc cố vấn chuyên nghiệp được cấp phép của quý vị nhưng ít chuyên sâu hơn so với nhập viện một phần.</p> <p>Các dịch vụ sức khỏe tâm thần được Providence Health Assurance quản lý. Cần phải liên hệ với Providence Health Assurance để được cho phép.</p> <p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ nhập viện một phần được Medicare bao trả.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>
<p><b>Hệ Thống Ứng Cứu Khẩn Cấp Cá Nhân (PERS)</b></p> <p>Hệ Thống Ứng Cứu Khẩn Cấp Cá Nhân (PERS) cho phép quý vị tiếp cận 24/7 để được trợ giúp trong trường hợp khẩn cấp. Chỉ cần nhấn vào nút trên thiết bị của quý vị để nói chuyện với một người điều hành được đào tạo, người đó sẽ điều phối việc điều động khẩn cấp đến vị trí của quý vị.</p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vận chuyển và cung cấp thiết bị di động và thiết bị cơ sở</li> <li>• Công nghệ GPS giúp xác định vị trí của quý vị trong trường hợp khẩn cấp</li> <li>• Công nghệ phát hiện rơi tự động</li> </ul> <p><b>Xin lưu ý:</b> Giám sát video từ xa không được bảo trả.</p> <p>Để đăng ký hoặc liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng, vui lòng xem mục thông tin liên hệ trong Chương 2, Phần 1.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ PERS.</p>



**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Các dịch vụ thăm khám tại Bác Sĩ/Chuyên Viên Y Tế, bao gồm cả thăm khám tại phòng mạch bác sĩ</b></p>	
<p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ chăm sóc y tế hoặc phẫu thuật cần thiết về mặt y tế được cung cấp tại văn phòng bác sĩ, trung tâm phẫu thuật không lưu trú được chứng nhận, khoa khám bệnh của bệnh viện hoặc bất kỳ địa điểm nào khác</li> <li>• Tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám tại nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính được Medicare bao trả.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Các bài kiểm tra thính lực và thăng bằng cơ bản do PCP hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị thực hiện, nếu bác sĩ chỉ định thực hiện để xem quý vị có cần điều trị y tế hay không</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám với bác sĩ chuyên khoa được Medicare bao trả.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, bao gồm: chăm sóc cơ bản và chăm sóc chuyên khoa, chăm sóc sức khỏe tâm thần, điều trị opioid và rối loạn do sử dụng chất gây nghiện, tập thể dục có giám sát, vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, dịch vụ bệnh lý âm ngữ/ngôn ngữ, giáo dục về bệnh thận, tự kiểm soát bệnh tiểu đường và thăm khám tư vấn và theo dõi để nằm viện, phẫu thuật hoặc khám tại khoa cấp cứu.</li> </ul>	<p>Để biết khoản chia sẻ chi phí khám thính lực và thăng bằng, vui lòng xem phần “Các dịch vụ thính lực” trong bảng quyền lợi y tế này.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Quý vị có thể chọn nhận các dịch vụ này thông qua buổi thăm khám trực tiếp hoặc qua hình thức chăm sóc sức khỏe từ xa. Nếu quý vị chọn nhận một trong các dịch vụ này thông qua hình thức thăm khám sức khỏe từ xa, quý vị phải sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới có cung cấp dịch vụ này thông qua hình thức chăm sóc sức khỏe từ xa.</li> <li>○ Dịch vụ sẽ được cung cấp thông qua giao tiếp bằng âm thanh và video tương tác khi nhà cung cấp trong mạng lưới cung cấp dịch vụ cho là phù hợp về mặt lâm sàng.</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa bổ sung được Medicare bao trả.</p>
	<p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Các dịch vụ thăm khám tại Bác Sĩ/Chuyên Viên Y Tế, bao gồm cả thăm khám tại phòng mạch bác sĩ (tiếp)</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa bao gồm tư vấn, chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ hoặc chuyên viên y tế, dành cho bệnh nhân ở một số vùng nông thôn hoặc những địa điểm khác được Medicare chấp thuận</li> <li>• Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa cho các buổi thăm khám hàng tháng liên quan đến bệnh thận giai đoạn cuối dành cho các thành viên lọc máu tại nhà tại trung tâm lọc máu trong bệnh viện hoặc trung tâm lọc máu trong bệnh viện tiếp cận khẩn cấp (critical access hospital), cơ sở lọc máu hoặc nhà của thành viên</li> <li>• Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá hoặc điều trị các triệu chứng của đột quỵ bất kể quý vị đang ở đâu</li> <li>• Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa dành cho các thành viên mắc chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện hoặc rối loạn sức khỏe tâm thần xảy ra đồng thời, bất kể họ đang ở đâu</li> <li>• Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để chẩn đoán, đánh giá và điều trị các chứng rối loạn sức khỏe tâm thần nếu:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Quý vị được thăm khám trực tiếp 6 tháng một lần trước lần khám sức khỏe từ xa đầu tiên của quý vị</li> <li>○ Quý vị được thăm khám trực tiếp 12 tháng một lần trong khi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa này</li> </ul> </li> <li>• Có thể có ngoại lệ đối với một số trường hợp nhất định</li> <li>• Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa để khám sức khỏe tâm thần được Phòng Khám Sức Khỏe Nông Thôn và Trung Tâm Y Tế Đủ Điều Kiện Liên Bang cung cấp</li> <li>• Các cuộc trò chuyện trực tuyến (ví dụ: trò chuyện qua điện thoại hoặc qua video) với bác sĩ của quý vị trong 5-10 phút <b>nếu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Quý vị không phải là một bệnh nhân mới và</li> <li>○ Cuộc trò chuyện không liên quan đến buổi thăm khám tại văn phòng trong vòng 7 ngày qua và</li> </ul> </li> </ul>	


**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Các dịch vụ thăm khám tại Bác Sĩ/Chuyên Viên Y Tế, bao gồm cả thăm khám tại phòng mạch bác sĩ (tiếp)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuộc trò chuyện không dẫn đến buổi thăm khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ tới hoặc cuộc hẹn khám trong thời gian sớm nhất</li> <li>• Đánh giá video và/hoặc hình ảnh mà quý vị gửi cho bác sĩ, đồng thời bác sĩ diễn giải và theo dõi trong vòng 24 giờ <b><u>nếu</u></b>:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Quý vị không phải là một bệnh nhân mới và</li> <li>○ Đánh giá không dẫn đến buổi thăm khám tại văn phòng trong vòng 24 giờ tới hoặc cuộc hẹn khám trong thời gian sớm nhất</li> </ul> </li> <li>• Hội chẩn giữa bác sĩ của quý vị với các bác sĩ khác qua điện thoại, internet hoặc hồ sơ sức khỏe điện tử</li> <li>• Ý kiến thứ hai của một nhà cung cấp trong mạng lưới khác trước khi phẫu thuật</li> <li>• Dịch vụ chăm sóc nha khoa không định kỳ (các dịch vụ được bao trả giới hạn ở phẫu thuật hàm hoặc các cấu trúc liên quan, điều chỉnh các phần gãy của xương hàm hoặc mặt, nhổ răng để chuẩn bị hàm trước khi xạ trị bệnh ung thư tân sinh, hay các dịch vụ sẽ được bao trả khi được bác sĩ cung cấp)</li> <li>• Công nghệ truy cập từ xa không được Medicare bao trả: Chúng tôi cung cấp quyền tiếp cận các nhà cung cấp trong mạng lưới thông qua             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Thăm khám qua điện thoại đối với các dịch vụ quản lý thuốc và bệnh tật, chẳng hạn như khi quý vị gọi đến ProvRN</li> <li>○ Gửi email qua ứng dụng, chẳng hạn như khi quý vị gửi tin nhắn cho nhóm chăm sóc của mình trong MyChart</li> <li>○ Một nền tảng chuyên dụng dựa trên web cho các cuộc hẹn khám y tế trong ngày, như khi bạn đến khám tại Providence ExpressCare Virtual trên máy tính bảng, điện thoại thông minh hoặc máy tính</li> </ul> </li> <li>• Quyền lợi này chỉ bao trả phí dịch vụ của nhà cung cấp, không bao gồm bất kỳ phí cơ sở hoặc phí áp dụng tại phòng khám nào. Có thể áp dụng nhiều khoản chia sẻ chi phí tùy thuộc vào các dịch vụ được cung cấp.</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ công nghệ truy cập từ xa không được Medicare bao trả.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Dịch vụ điều trị bệnh chân</b></p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chẩn đoán và điều trị y tế hoặc phẫu thuật các bệnh và thương tích về bàn chân (chẳng hạn như ngón chân đầu búa hoặc gai gót chân)</li> <li>• Dịch vụ chăm sóc bàn chân định kỳ dành cho những thành viên mắc một số bệnh trạng nhất định ảnh hưởng đến chi dưới</li> </ul> <p><b>Xin lưu ý:</b> Có thể áp dụng một khoản chia sẻ chi phí riêng nếu các dịch vụ bổ sung được cung cấp và/hoặc nếu các dịch vụ điều trị bệnh chân được bao trả được cung cấp tại cơ sở ngoại trú của bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật cấp cứu.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám điều trị bệnh chân được Medicare bao trả.</p> <p>Vui lòng tham khảo “Phẫu thuật ngoại trú, bao gồm cả các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở ngoại trú của bệnh viện và các trung tâm phẫu thuật không lưu trú” đối với các dịch vụ được cung cấp tại một cơ sở ngoại trú.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>


**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p> <b>Khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt</b></p> <p>Đối với nam giới từ 50 tuổi trở lên, các dịch vụ được bao trả bao gồm các dịch vụ được cung cấp 12 tháng một lần sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Khám trực tràng bằng ngón tay</li> <li>• Xét nghiệm Kháng Nguyên Đặc Hiệu Tuyến Tiền Liệt (Prostate Specific Antigen, PSA)</li> </ul> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho một lần xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (Prostate Specific Antigen, PSA) hàng năm.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho một lần khám trực tràng bằng ngón tay được Medicare bao trả.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Các bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình cùng vật tư liên quan</b></p> <p>Các bộ phận giả (ngoại trừ nha khoa) thay thế tất cả hay một phần bộ phận hoặc chức năng của cơ thể. Các bộ phận này bao gồm nhưng không giới hạn ở: dịch vụ kiểm tra, lắp hoặc hướng dẫn cách sử dụng bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình; cũng như: túi hậu môn nhân tạo và vật tư liên quan trực tiếp đến chăm sóc mở thông đại tràng, máy tạo nhịp tim, nẹp, giày cho chân giả, chân tay giả và vú giả (bao gồm áo ngực định hình sau phẫu thuật cắt bỏ vú). Bao gồm một số vật tư liên quan đến các bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình cũng như dịch vụ sửa chữa và/hoặc thay thế các bộ phận giả và dụng cụ chỉnh hình. Ngoài ra, cũng bao gồm một số khoản bao trả sau khi loại bỏ đục thủy tinh thể hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể – xem <b>Chăm Sóc Thị Lực</b> ở bên dưới trong phần này để biết thêm thông tin chi tiết.</p> <p>Tất cả các bộ phận giả và vật tư liên quan phải được cung cấp bởi Providence Home Services hoặc nhà cung cấp khác trong mạng lưới.</p> <p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho bộ phận giả và vật tư liên quan được Medicare bao trả.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho băng gạc, vật tư, nẹp và các thiết bị khác mang về nhà được Medicare bao trả để hạn chế gãy xương và trật khớp.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>
<p><b>Dịch vụ phục hồi chức năng phổi</b></p> <p>Các chương trình toàn diện về phục hồi chức năng phổi được bao trả cho các thành viên bị bệnh tắc nghẽn phổi mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) từ mức độ vừa đến rất nặng và được bác sĩ điều trị bệnh hô hấp mạn tính chỉ định phục hồi chức năng phổi.</p> <p>Số lần thăm khám phục hồi chức năng phổi được giới hạn trong 36 buổi trong thời gian 36 tuần. Nếu cần thiết về mặt y tế, quý vị có thể nhận được tới 36 buổi bổ sung.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám phục hồi chức năng phổi được Medicare bao trả.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Công Nghệ Truy Cập Từ Xa</b></p> <p>Chúng tôi cung cấp quyền tiếp cận các nhà cung cấp trong mạng lưới thông qua</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thăm khám qua điện thoại đối với các dịch vụ quản lý thuốc và bệnh tật, chẳng hạn như khi quý vị gọi đến ProvRN</li> <li>• Gửi email qua ứng dụng, chẳng hạn như khi quý vị gửi tin nhắn cho nhóm chăm sóc của mình trong MyChart</li> <li>• Một nền tảng chuyên dụng dựa trên web cho các cuộc hẹn khám y tế trong ngày, giống như khi quý vị truy cập vào Providence ExpressCare Virtual trên máy tính bảng, điện thoại thông minh hoặc máy tính</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ công nghệ truy cập từ xa không được Medicare bao trả.</p>
<p> <b>Khám sàng lọc và tư vấn để giảm lạm dụng rượu</b></p> <p>Chúng tôi bao trả một lần khám sàng lọc tình trạng lạm dụng rượu dành cho người lớn tham gia Medicare (bao gồm cả phụ nữ mang thai) lạm dụng rượu, nhưng không nghiện rượu.</p> <p>Nếu quý vị có kết quả sàng lọc dương tính đối với lạm dụng rượu, quý vị có thể nhận tối đa 4 buổi tư vấn trực tiếp ngắn mỗi năm (nếu quý vị có năng lực và tỉnh táo trong suốt buổi tư vấn) được cung cấp bởi chuyên viên y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính đủ tiêu chuẩn tại cơ sở chăm sóc chính.</p> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ nào cho mỗi lần khám sàng lọc và tư vấn về quyền lợi phòng ngừa giảm lạm dụng rượu được Medicare bao trả.</p>

**Các dịch vụ được bao trả cho quý vị**

**Những khoản quý vị phải thanh toán** khi nhận các dịch vụ này

 **Khám sàng lọc ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp (low dose computed tomography, LDCT)\***

Với những cá nhân đủ tiêu chuẩn, LDCT được bao trả 12 tháng một lần.

**Những thành viên đủ điều kiện là:** người trong độ tuổi từ 50 – 77 tuổi không có dấu hiệu hay triệu chứng của ung thư phổi, nhưng có tiền sử hút thuốc lá ít nhất 20 gói một năm hoặc những người hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ hút thuốc trong vòng 15 năm qua, người đã nhận được chỉ định chụp LDCT trong một lần thăm khám tư vấn sàng lọc ung thư phổi và ra quyết định chung đáp ứng các tiêu chuẩn Medicare đối với những lần thăm khám này và phải được thực hiện bởi một bác sĩ hoặc chuyên viên y tế đủ tiêu chuẩn không phải bác sĩ.

*Đối với những lần khám sàng lọc ung thư phổi bằng chụp LDCT sau lần sàng lọc chụp LDCT lần đầu:* thành viên phải nhận được chỉ định khám sàng lọc ung thư phổi bằng chụp LDCT, có thể được thực hiện trong bất kỳ lần thăm khám thích hợp nào với một bác sĩ hoặc chuyên viên y tế đủ tiêu chuẩn không phải bác sĩ. Nếu một bác sĩ hoặc chuyên viên y tế đủ tiêu chuẩn không phải bác sĩ chọn cung cấp thăm khám tư vấn sàng lọc ung thư phổi và ra quyết định chung cho những lần sàng lọc ung thư phổi kế tiếp bằng LDCT, thì lần thăm khám đó phải đáp ứng các tiêu chuẩn của Medicare về những lần thăm khám này.


LDCT phải do nhà cung cấp chỉ định điều phối thông qua người quản lý quyền lợi chẩn đoán hình ảnh. Xem Chương 2, Phần 1 để biết thông tin liên hệ.

\*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.

Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho việc thăm khám tư vấn và ra quyết định chung được Medicare bao trả hoặc cho thủ thuật chụp LDCT.



**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p> <b>Khám sàng lọc để phát hiện các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) và tư vấn để phòng ngừa STI</b></p> <p>Chúng tôi bao trả cho các lần khám sàng lọc bệnh lây truyền qua đường tình dục (sexually transmitted infection, STI) để phát hiện chlamydia, lậu, giang mai và Viêm gan B. Những lần khám sàng lọc này được bao trả cho phụ nữ mang thai và một số người có nguy cơ cao mắc STI khi các xét nghiệm được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính chỉ định. Chúng tôi bao trả các xét nghiệm này 12 tháng một lần hoặc vào những thời điểm nhất định trong thai kỳ.</p> <p>Chúng tôi cũng bao trả tối đa hai buổi tư vấn cá nhân trực tiếp cường độ cao về hành vi kéo dài 20 đến 30 phút mỗi năm dành cho những người trưởng thành có hoạt động tình dục có nguy cơ mắc STI cao. Chúng tôi sẽ chỉ bao trả các buổi tư vấn này như một dịch vụ phòng ngừa nếu chúng được một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính cung cấp và được thực hiện tại một cơ sở chăm sóc chính, chẳng hạn như phòng mạch bác sĩ.</p> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho việc khám sàng lọc STI được Medicare bao trả và tư vấn về quyền lợi phòng ngừa STI.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<b>Các dịch vụ điều trị bệnh thận*</b>	
Các dịch vụ được bao trả bao gồm:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ giáo dục về bệnh thận để dạy về cách chăm sóc thận và giúp các thành viên đưa ra quyết định sáng suốt về việc chăm sóc của mình. Đối với những thành viên mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn IV khi được bác sĩ của họ giới thiệu, chúng tôi bao trả tối đa sáu buổi cung cấp dịch vụ giáo dục về bệnh thận trọn đời</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ giáo dục về bệnh thận được Medicare bao trả.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Điều trị lọc máu ngoại trú (bao gồm điều trị lọc máu khi tạm thời ở bên ngoài khu vực dịch vụ, như đã giải thích trong Chương 3 hoặc khi nhà cung cấp dịch vụ này của quý vị tạm thời không có sẵn hoặc không thể tiếp cận)</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ điều trị lọc máu được Medicare bao trả.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Điều trị lọc máu nội trú (nếu quý vị nhập viện với tư cách bệnh nhân nội trú để được chăm sóc đặc biệt)</li> <li>• Vui lòng tham khảo phần “Dịch vụ chăm sóc nội trú tại bệnh viện” trong bảng quyền lợi y tế này để biết số tiền chia sẻ chi phí năm viện nội trú.</li> </ul>	<p>Không tính thêm phí đối với điều trị lọc máu trong thời gian nằm viện nội trú được Medicare bao trả.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hướng dẫn tự lọc máu (bao gồm hướng dẫn cho quý vị và bất kỳ ai giúp quý vị lọc máu tại nhà)</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho việc hướng dẫn tự lọc máu được Medicare bao trả.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thiết bị và vật tư lọc máu tại nhà</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho thiết bị và vật tư lọc máu tại nhà được Medicare bao trả.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Một số dịch vụ hỗ trợ tại nhà (chẳng hạn như khi cần thiết, các nhân viên lọc máu được đào tạo sẽ đến để kiểm tra quá trình lọc máu tại nhà của quý vị, giúp đỡ trong trường hợp khẩn cấp, đồng thời kiểm tra thiết bị lọc máu và nguồn cung cấp nước của quý vị)</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám sức khỏe tại nhà được Medicare bao trả.</p>


**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Các dịch vụ điều trị bệnh thận* (tiếp)</b></p> <p>Một số loại thuốc để lọc máu được bao trả theo quyền lợi thuốc Medicare Part B của quý vị. Để biết thông tin về bảo hiểm cho Thuốc Part B, vui lòng chuyển tới phần <b>Thuốc kê toa Medicare Part B</b>.</p> <p>*Một số dịch vụ có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>
<p><b>Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề (SNF)*</b></p> <p>(Để biết định nghĩa về chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề, hãy xem Chương 12 của tài liệu này. Cơ sở điều dưỡng lành nghề đôi khi được gọi tắt là SNF.)</p> <p>Chương trình của quý vị bao trả tối đa 100 ngày cho mỗi giai đoạn quyền lợi. Không yêu cầu phải nhập viện trước.</p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm, nhưng không giới hạn ở:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Phòng hai giường (hoặc phòng riêng nếu cần thiết về mặt y tế)</li> <li>• Các bữa ăn, bao gồm cả chế độ ăn đặc biệt</li> <li>• Các dịch vụ điều dưỡng lành nghề</li> <li>• Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và âm ngữ trị liệu</li> <li>• Các thuốc được quý vị dùng trong kế hoạch chăm sóc của quý vị (Điều này bao gồm các chất có tự nhiên trong cơ thể, chẳng hạn như các yếu tố đông máu.)</li> <li>• Máu - bao gồm lưu trữ và truyền máu. Chúng tôi chỉ bắt đầu bao trả cho máu toàn phần và hồng cầu lắng từ pint máu thứ tư mà quý vị cần. Quý vị phải thanh toán chi phí cho 3 pint máu đầu tiên mà quý vị nhận được trong năm hoặc lấy máu do chính quý vị hoặc người khác hiến tặng. Tất cả các thành phần khác của máu được bao trả bắt đầu từ pint đầu tiên được sử dụng.</li> <li>• Các vật tư y tế và phẫu thuật thường được SNF cung cấp</li> <li>• Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm thường được SNF cung cấp</li> <li>• Các dịch vụ chụp X-quang và chụp quang tuyến khác thường được SNF cung cấp</li> <li>• Sử dụng các thiết bị chẳng hạn như xe lăn thường được SNF cung cấp</li> <li>• Các dịch vụ thăm khám tại Bác Sĩ/Chuyên Viên Y Tế</li> </ul>	<p>Đây là các khoản chia sẻ chi phí trong năm 2024 và có thể thay đổi vào năm 2025.</p> <p>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) sẽ cung cấp mức phí cập nhật mới nhất ngay khi mức phí được công bố. Trong năm 2024, số tiền quý vị cần trả cho mỗi giai đoạn quyền lợi là \$0 hoặc:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho các ngày 1-20 của một giai đoạn quyền lợi;</li> <li>• Khoản đồng thanh toán \$204 mỗi ngày cho các ngày 21-100 của một giai đoạn quyền lợi.</li> </ul> <p>Giai đoạn quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị đến SNF và kết thúc khi quý vị chưa nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc lành nghề nào tại SNF đó trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị đến SNF sau khi một giai đoạn quyền lợi kết thúc, thì một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề (SNF)* (tiếp)</b></p> <p>Nói chung, quý vị sẽ nhận được dịch vụ chăm sóc tại SNF của mình từ các cơ sở trong mạng lưới. Tuy nhiên, theo một số điều kiện được liệt kê dưới đây, quý vị có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ một cơ sở không phải là nhà cung cấp trong mạng lưới nếu cơ sở đó chấp nhận số tiền thanh toán của chương trình chúng tôi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nhà dưỡng lão hoặc hoặc cộng đồng hưu trí chăm sóc liên tục nơi quý vị đang sống ngay trước khi quý vị vào bệnh viện (với điều kiện là nơi này cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề)</li> <li>• SNF nơi vợ/chồng hoặc bạn đời của quý vị đang sống tại thời điểm quý vị xuất viện</li> </ul> <p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Tất cả các đợt lưu trú tại SNF, bất kể tình trạng, sẽ được áp dụng cho giai đoạn quyền lợi. Quyền lợi SNF của quý vị căn cứ theo ngày dương lịch.</p> <p>Không giới hạn số giai đoạn quyền lợi.</p> <p>Nếu quý vị được tiếp nhận vào cơ sở đó trong năm 2025 và không được xuất viện cho đến năm 2026, số tiền đồng thanh toán mỗi ngày của quý vị có thể thay đổi.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p> <b>Cai hút thuốc và cai sử dụng thuốc lá (tư vấn để cai hút thuốc hoặc sử dụng thuốc lá)</b></p> <p><u>Nếu quý vị sử dụng thuốc lá, nhưng không có các dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh liên quan đến thuốc lá:</u> Chúng tôi bao trả cho hai đợt tư vấn cai thuốc lá trong khoảng thời gian 12 tháng dưới hình thức dịch vụ phòng ngừa miễn phí cho quý vị. Mỗi lần tư vấn bao gồm tối đa bốn lần thăm khám trực tiếp.</p> <p><u>Nếu quý vị sử dụng thuốc lá và đã được chẩn đoán mắc bệnh liên quan đến thuốc lá hoặc đang dùng thuốc có thể bị ảnh hưởng do thuốc lá:</u> Chúng tôi bao trả các dịch vụ tư vấn cai thuốc lá. Chúng tôi bao trả cho hai đợt tư vấn cai thuốc lá trong khoảng thời gian 12 tháng, tuy nhiên quý vị sẽ thanh toán khoản chia sẻ chi phí áp dụng. Mỗi lần tư vấn bao gồm tối đa bốn lần thăm khám trực tiếp.</p> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa này, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p> <p>Chúng tôi bao trả chi phí cho <b>chương trình cai thuốc lá qua điện thoại</b>, bao gồm cả các vật tư trong chương trình như liệu pháp thay thế nicotine. Quý vị đã sẵn sàng tiếp nhận sự hỗ trợ trong 12 tháng chưa? Hãy tham khảo Chương 2, Phần 1 để biết thông tin liên hệ.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho quyền lợi phòng ngừa cai hút thuốc và cai sử dụng thuốc lá được Medicare bao trả.</p> <p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ đối với chương trình cai thuốc lá qua điện thoại.</p>

**Các dịch vụ được bao trả cho quý vị**

**Những khoản quý vị phải thanh toán** khi nhận các dịch vụ này

 **Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Người Bệnh Mãn Tính (SSBCI)**

Người ghi danh có bệnh mãn tính là người:

- mắc một hoặc nhiều bệnh mãn tính đi kèm và phức tạp về mặt y tế (15 mục được liệt kê bên dưới) có khả năng đe dọa đến tính mạng hoặc hạn chế đáng kể sức khỏe hoặc chức năng tổng thể của người ghi danh;
- có nhiều khả năng phải nhập viện hoặc gặp các hậu quả bất lợi khác về sức khỏe; và
- cần được phối hợp chăm sóc chuyên sâu.

Thành viên đủ điều kiện sẽ được trợ cấp \$250 ba tháng một lần để mua thực phẩm và nông sản.

Số tiền quý vị chưa chi tiêu sẽ được chuyển tiếp từ quý này sang quý tiếp theo, sau đó hết hạn vào cuối năm 2025 dương lịch.

Danh Sách Bệnh Mãn Tính:

1. Nghiện rượu và các loại ma túy khác mãn tính;
2. Các tình trạng rối loạn tự miễn, chỉ giới hạn ở:
  - Viêm nút quanh động mạch,
  - Viêm đa cơ dạng thấp,
  - Viêm đa cơ,
  - Viêm khớp dạng thấp, và
  - Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống;
3. Ung thư, không bao gồm các tình trạng tiền ung thư hoặc tình trạng tại chỗ;
4. Các tình trạng rối loạn tim mạch, chỉ giới hạn ở:
  - Rối loạn nhịp tim,
  - Bệnh động mạch vành,
  - Bệnh mạch máu ngoại biên, và
  - Rối loạn truyền tắc huyết khối tĩnh mạch mãn tính;
5. Suy tim mãn tính;
6. Sa sút trí tuệ;
7. Đái tháo đường;
8. Bệnh gan giai đoạn cuối;
9. Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) cần lọc máu;
10. Các tình trạng rối loạn máu nghiêm trọng, chỉ giới hạn ở:
  - Thiếu máu bất sản,
  - Bệnh máu khó đông,
  - Ban xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch,
  - Hội chứng loạn sinh tủy,
  - Bệnh hồng cầu hình liềm (trừ gen di truyền tế bào hình liềm) và
  - Rối loạn truyền tắc huyết khối tĩnh mạch mãn tính;

**Các dịch vụ được bao trả cho quý vị**

**Những khoản quý vị phải thanh toán** khi nhận các dịch vụ này

 **Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho Người Bệnh Mãn Tính (SSBCI) (tiếp)**

11. HIV/AIDS
12. Các tình trạng rối loạn phổi mãn tính, chỉ giới hạn ở:
  - Bệnh hen suyễn,
  - Viêm phế quản mãn tính,
  - Khí phế thũng,
  - Bệnh xơ phổi và
  - Tăng áp phổi;
13. Các tình trạng sức khỏe tâm thần mãn tính và gây tàn tật, chỉ giới hạn ở:
  - Rối loạn lưỡng cực,
  - Rối loạn trầm cảm nặng,
  - Rối loạn hoang tưởng,
  - Tâm thần phân liệt, và
  - Rối loạn phân liệt cảm xúc;
14. Các tình trạng rối loạn thần kinh, chỉ giới hạn ở:
  - Xơ cứng teo cơ một bên (ALS),
  - Động kinh,
  - Bệnh liệt lan rộng (ví dụ: liệt nửa người, liệt tứ chi, liệt chi dưới, liệt một chi),
  - Bệnh Huntington,
  - Bệnh đa xơ cứng,
  - Bệnh Parkinson,
  - Viêm đa dây thần kinh,
  - Hẹp ống sống và
  - Thiếu sót thần kinh liên quan đến đột quy và
15. Đột quy

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**


Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Liệu Pháp Thể Dục Có Giám Sát (Supervised Exercise Therapy, SET)</b></p> <p>SET được bao trả cho các thành viên mắc bệnh động mạch ngoại biên (peripheral artery disease, PAD) có triệu chứng. Sẽ bao trả tối đa 36 buổi điều trị trong 12 tuần nếu đáp ứng các yêu cầu của chương trình SET.</p> <p>Chương trình SET phải:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bao gồm các buổi điều trị kéo dài từ 30-60 phút, gồm một chương trình huấn luyện-tập thể dục trị liệu cho PAD với bệnh nhân chân đau cách hồi</li> <li>• Được tiến hành trong môi trường ngoại trú tại bệnh viện hoặc phòng mạch bác sĩ</li> <li>• Được cung cấp bởi nhân viên phụ trợ đủ tiêu chuẩn để đảm bảo lợi ích cao hơn tác hại, và là người được đào tạo về liệu pháp thể dục cho PAD</li> <li>• Chịu sự giám sát trực tiếp của một bác sĩ, phụ tá bác sĩ hoặc điều dưỡng điều trị/điều dưỡng chuyên khoa lâm sàng, những người này phải được đào tạo về các kỹ thuật hồi sinh tim phổi cả cơ bản và nâng cao</li> </ul> <p>Ngoài 36 buổi trong 12 tuần, SET có thể được bao trả thêm 36 buổi nữa trong một khoảng thời gian kéo dài nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho là cần thiết về mặt y tế.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho dịch vụ SET được Medicare bao trả.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>



**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

<b>Các dịch vụ được bao trả cho quý vị</b>	<b>Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này</b>
<p><b>Dịch vụ cấp thiết</b></p> <p>Một dịch vụ được chương trình bao trả đòi hỏi chăm sóc y tế ngay lập tức nhưng không phải là trường hợp cấp cứu sẽ được coi là dịch vụ cấp thiết nếu quý vị tạm thời đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình, hoặc ngay cả khi quý vị ở trong khu vực dịch vụ của chương trình thì việc sử dụng dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng là không hợp lý xét theo thời gian, địa điểm và tình huống của quý vị. Chương trình của quý vị phải bao trả cho các dịch vụ cấp thiết và chỉ tính phí khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới cho quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cấp thiết: bệnh và thương tích không lường trước được hoặc những đợt bùng phát bất ngờ của các tình trạng sẵn có. Tuy nhiên, các lần thăm khám định kỳ và cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp, chẳng hạn như kiểm tra sức khỏe hàng năm, không được coi là cấp thiết ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc tạm thời không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình.</p> <p>Bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp chỉ áp dụng trong phạm vi Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.</p>	<p>Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần thăm khám chăm sóc khẩn cấp được Medicare bao trả.</p> <p>Nếu quý vị nhập viện trong vòng 24 giờ trong lần thăm khám khẩn cấp, thì quý vị không phải thanh toán khoản đồng thanh toán cho lần thăm khám khẩn cấp đó.</p> <p>Nếu quý vị được chăm sóc cấp thiết tại một bệnh viện ngoài mạng lưới và yêu cầu chăm sóc nội trú khi tình trạng của quý vị đã ổn định, thì quý vị phải thông qua chương trình để được phép sử dụng dịch vụ chăm sóc nội trú đó. Nếu được cho phép, chi phí của quý vị sẽ bằng với chi phí chăm sóc nội trú từ một bệnh viện trong mạng lưới.</p> <p>Xem phần “Các dịch vụ nội trú tại bệnh viện” trong bảng quyền lợi y tế này để biết thông tin về khoản chia sẻ chi phí nội trú.</p> <p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chỉ thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Mô Hình Thiết Kế Bảo Hiểm Dựa Trên Giá Trị (Value-Based Insurance Design, VBID)</b></p>	
<p>Người ghi danh đủ điều kiện hưởng “Trợ Giúp Bổ Sung” có thể đủ điều kiện được giảm phần chia sẻ chi phí và/hoặc hưởng quyền lợi bổ sung có mục tiêu của VBID. Các tiêu chí đủ điều kiện và quyền lợi:</p>	
<p><b>Thực Phẩm và Nông Sản:</b>                  Chúng tôi cung cấp cho quý vị thẻ ghi nợ nạp sẵn với khoản trợ cấp \$150 ba tháng một lần để thanh toán cho thực phẩm, nông sản và các vật dụng chăm sóc sức khỏe mua tự do không cần toa (OTC). Xem mục “<i>Vật Dụng Mua Tự Do Không Cần Toa (OTC)</i>” để biết thêm thông tin về cách chương trình áp dụng quyền lợi kết hợp này.</p>	<p>Quý vị sẽ được trợ cấp \$150 ba tháng một lần, kết hợp với OTC.</p>
<p><b>Chăm sóc thị lực</b></p>	
<p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ thăm khám với bác sĩ ngoại trú để chẩn đoán và điều trị các bệnh và thương tích về mắt, bao gồm điều trị thoái hóa điểm vàng do lão hoá. Original Medicare không bao trả các lần khám mắt định kỳ (kiểm tra khúc xạ mắt) cho kính mắt/kính áp tròng</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho mỗi lần khám được Medicare bao trả để chẩn đoán và điều trị các bệnh và tình trạng về mắt.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•  Đối với những người có nguy cơ cao về tăng nhãn áp, chúng tôi sẽ bao trả dịch vụ khám sàng lọc bệnh tăng nhãn áp mỗi năm một lần. Những người có nguy cơ mắc bệnh tăng nhãn áp cao bao gồm những người có tiền sử gia đình mắc bệnh tăng nhãn áp, người mắc bệnh tiểu đường và người Mỹ gốc Phi từ 50 tuổi trở lên và người Mỹ gốc Tây Ban Nha và/hoặc Bồ Đào Nha từ 65 tuổi trở lên</li> </ul>	<p><b>Xin lưu ý:</b> Có thể áp dụng một khoản chia sẻ chi phí riêng nếu các dịch vụ bổ sung được cung cấp, chẳng hạn như thuốc được sử dụng trong buổi thăm khám của quý vị.</p>
	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho một lần khám sàng lọc phòng ngừa bệnh tăng nhãn áp được Medicare bao trả.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Chăm sóc thị lực (tiếp)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Với những người mắc bệnh tiểu đường, khám sàng lọc bệnh võng mạc do tiểu đường được bao trả mỗi năm một lần</li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho một lần khám sàng lọc bệnh võng mạc do tiểu đường được Medicare bao trả.</p>
<p><b>Vật dụng hỗ trợ thị lực</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hậu đục thủy tinh thể: Chương trình của quý vị bao trả cho một cặp kính hoặc kính áp tròng sau mỗi ca phẫu thuật đục thủy tinh thể bao gồm đặt thấu kính nội nhãn. (Nếu quý vị trải qua hai cuộc phẫu thuật đục thủy tinh thể riêng biệt thì quý vị không được bảo lưu quyền lợi sau cuộc phẫu thuật đầu tiên và phải mua hai kính mắt sau cuộc phẫu thuật thứ hai.)</li> <li>Vật dụng hỗ trợ thị lực y tế*: Vật dụng hỗ trợ thị lực y tế nằm trong quyền lợi về “Bộ phận giả và vật tư liên quan”.</li> </ul> <p>*Dịch vụ này có thể cần sự cho phép trước. Xem Phần 2.1 của chương này để biết thông tin chi tiết.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho một cặp kính hoặc kính áp tròng được Medicare bao trả sau mỗi ca phẫu thuật đục thủy tinh thể.</p>
	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho bộ phận giả và vật tư liên quan được Medicare bao trả.</p>
	<p>Đối với một số thành viên nhất định, Oregon Health Plan (Medicaid) có thể chi thanh toán khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ do Medicare bao trả mà Oregon Health Plan (Medicaid) thường bao trả.</p>


**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Chăm sóc thị lực (Định kỳ không được Medicare bảo trả)</b></p> <p>Các dịch vụ được bao trả bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> <p><b>Khám mắt định kỳ:</b></p> <p>Chương trình của chúng tôi bao trả một lần khám mắt định kỳ để kiểm tra khúc xạ mỗi năm. Mục đích của lần khám này là để kiểm tra thị lực của quý vị nhằm xác định xem có cần phải kê toa điều chỉnh, thay kính mắt mới hoặc kính áp tròng hay không. Tật khúc xạ được đánh giá qua một lần thăm khám tại phòng mạch để kê toa kính mắt cho quý vị. Cả hai dịch vụ đều nằm trong quyền lợi khám mắt định kỳ.</p> <p>Quyền lợi này không bao gồm kiểm tra các tình trạng như viêm kết mạc, khô mắt, tăng nhãn áp hoặc đục thủy tinh thể. Các dịch vụ này không nằm trong lần khám tật khúc xạ định kỳ như được xác định trong quyền lợi này và sẽ được bao trả theo quyền lợi y tế Part B của quý vị. Vui lòng tham khảo phần “Chăm sóc thị lực” ở trên để biết thông tin chi tiết về các quyền lợi thị lực y khoa.</p> </li> </ul>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho một lần khám mắt định kỳ mỗi năm dương lịch.</p> <p>Quý vị không bị giới hạn ở một nhà cung cấp trong mạng lưới, nghĩa là quý vị có thể khám mắt định kỳ tại bất kỳ nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn nào.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p><b>Chăm sóc thị lực (Định kỳ không được Medicare bao trả) (tiếp)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vật dụng hỗ trợ thị lực định kỳ: + Chương trình của quý vị bao gồm kính mắt hoặc kính áp tròng định kỳ mỗi năm dương lịch.</li> </ul> <p>+Khoản chia sẻ chi phí cho vật dụng hỗ trợ thị lực định kỳ không được tính vào số tiền tự trả tối đa trong chương trình của quý vị.</p>	<p>Quý vị được trợ cấp tối đa \$250 mỗi năm dương lịch cho chi phí kết hợp của kính áp tròng kê toa định kỳ, mắt kính kê toa định kỳ, gọng kính định kỳ và/hoặc nâng cấp, chẳng hạn như thêm màu. Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ trả tới \$250 mỗi năm cho vật dụng hỗ trợ thị lực định kỳ. Dịch vụ lấy thông số kỹ thuật tạo kính áp tròng theo toa định kỳ nằm trong quyền lợi vật dụng hỗ trợ thị lực định kỳ. Quý vị sẽ chịu trách nhiệm chi trả mọi khoản tiền trong hóa đơn của nhà cung cấp vượt quá mức trợ cấp. Quý vị không bị giới hạn ở một nhà cung cấp dịch vụ trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận vật dụng hỗ trợ thị lực định kỳ từ bất kỳ nhà cung cấp đủ tiêu chuẩn nào.</p> <p>Xin lưu ý những khoản trợ cấp mô tả ở trên là như nhau đối với tất cả các nhà cung cấp. Vui lòng yêu cầu nhà cung cấp của quý vị gửi hóa đơn dịch vụ cho chúng tôi theo địa chỉ Yêu Cầu ở mặt sau thẻ ID thành viên của quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi bồi hoàn.</p>

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

Các dịch vụ được bao trả cho quý vị	Những khoản quý vị phải thanh toán khi nhận các dịch vụ này
<p> <b>Thăm khám phòng ngừa Chào Mừng Tham Gia Medicare (Welcome to Medicare)</b></p> <p>Chương trình bao trả một lần cho thăm khám phòng ngừa <i>Chào Mừng Tham Gia Medicare</i>. Lần thăm khám này bao gồm đánh giá sức khỏe quý vị, cũng như giáo dục và tư vấn về các dịch vụ phòng ngừa mà quý vị cần (bao gồm một số lần khám sàng lọc và tiêm phòng (hoặc vắc-xin)) và giới thiệu đến dịch vụ chăm sóc khác nếu cần thiết.</p> <p><b>Quan trọng:</b> Chúng tôi bao trả thăm khám phòng ngừa <i>Chào Mừng Tham Gia Medicare</i> chỉ trong 12 tháng đầu tiên kể từ khi quý vị tham gia vào Medicare Part B. Khi quý vị lên lịch hẹn khám, hãy cho phòng mạch bác sĩ của quý vị biết quý vị muốn lên lịch thăm khám phòng ngừa <i>Chào Mừng Tham Gia Medicare</i>.</p> <p><b>Xin lưu ý:</b> Nếu quý vị được điều trị hoặc theo dõi bệnh trạng hiện tại trong suốt lần thăm khám của mình khi nhận dịch vụ phòng ngừa, khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm có thể sẽ áp dụng cho dịch vụ chăm sóc nhận được cho bệnh trạng hiện tại.</p>	<p>Không có khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ cho thăm khám phòng ngừa <i>Chào Mừng Tham Gia Medicare</i>.</p>

**PHẦN 3 Những dịch vụ nào được bao trả bên ngoài chương trình Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)?**

**Phần 3.1 Những dịch vụ không được Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) bao trả**

Các dịch vụ sau đây không được Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) bao trả nhưng lại được cung cấp thông qua Oregon Health Plan (Medicaid):

- Các quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid) mà Medicare không bao trả
- Các dịch vụ tại nhà và cộng đồng và dịch vụ chăm sóc dài hạn

Để biết danh sách chi tiết về các quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid), vui lòng tham khảo tài liệu Bản Tóm Tắt Các Quyền Lợi của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) và/hoặc liên hệ với Oregon Health Plan (Medicaid) hoặc Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp quản lý Oregon Health Plan (Medicaid) của quý vị.

**PHẦN 4 Những dịch vụ nào không được chương trình bao trả?**

**Phần 4.1 Những dịch vụ *không* được chương trình bao trả (các trường hợp loại trừ)**

Phần này cho quý vị biết về những dịch vụ “bị loại trừ”. “Bị loại trừ” có nghĩa là chương trình không bao trả cho các dịch vụ này.

Bảng dưới đây mô tả một số dịch vụ và vật phẩm không được chương trình bao trả theo bất kỳ điều kiện nào hoặc chỉ được chương trình bao trả theo một số điều kiện cụ thể.

Nếu nhận các dịch vụ bị loại trừ (không được bao trả), quý vị phải tự thanh toán cho các dịch vụ đó trừ khi rơi vào các điều kiện cụ thể được liệt kê bên dưới. Ngay cả khi quý vị nhận được các dịch vụ bị loại trừ tại cơ sở cấp cứu, các dịch vụ bị loại trừ vẫn không được bao trả và chương trình của chúng tôi sẽ không thanh toán cho các dịch vụ đó. Trường hợp ngoại lệ duy nhất là nếu dịch vụ bị kháng cáo và được xác định là một dịch vụ y tế mà lẽ ra chúng tôi phải thanh toán hoặc bao trả vì trường hợp cụ thể của quý vị. (Để biết thông tin về cách kháng cáo quyết định của chúng tôi về việc không bao trả cho một dịch vụ y tế, hãy xem Chương 9, Phần 5.3 trong tài liệu này.)

Các dịch vụ không được Medicare bao trả	Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào	Chỉ được bao trả theo một số điều kiện cụ thể
Châm cứu		Dành cho những người bị đau thắt lưng mạn tính trong một số trường hợp nhất định.
Tất cả các chi phí liên quan đến việc mang thai hộ	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	
Yêu cầu phương tiện cứu thương trong trường hợp bị từ chối vận chuyển (không điều trị)	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	
Dụng cụ, thiết bị và vật tư chủ yếu được sử dụng để tạo sự thoải mái hoặc tiện lợi, bao gồm nhưng không giới hạn ở máy điều hòa nhiệt độ, máy làm ẩm và tã lót cho người đại tiểu tiện không tự chủ	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	
Khám nghiệm tử thi và các dịch vụ liên quan đến khám nghiệm tử thi	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

<b>Các dịch vụ không được Medicare bao trả</b>	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	<b>Chỉ được bao trả theo một số điều kiện cụ thể</b>
<p>Các khoản phí cho các cuộc hẹn khám bị lỡ hoặc việc hoàn thành các biểu mẫu yêu cầu</p>	<p><b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b></p>	
<p>Thụ thai bằng phương pháp nhân tạo, chẳng hạn như thụ tinh trong ống nghiệm, chuyển hợp tử trong ống dẫn trứng và chuyển giao tử trong ống dẫn trứng (Gamete intra-fallopian transfers, GIFT)</p>	<p><b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b></p>	
<p>Phẫu thuật hoặc thủ thuật thẩm mỹ</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Được bao trả trong trường hợp bị thương do tai nạn hoặc để cải thiện chức năng của một bộ phận cơ thể bị dị tật.</li> <li>• Được bao trả cho tất cả các giai đoạn tái tạo vú sau khi phẫu thuật cắt bỏ vú, cũng như phần vú không bị ảnh hưởng để có hình dạng cân xứng.</li> </ul>
<p>Chăm sóc trông nom</p> <p>Dịch vụ chăm sóc trông nom là dịch vụ chăm sóc cá nhân không yêu cầu sự chăm sóc liên tục của nhân viên y tế hoặc nhân viên trợ giúp y tế được đào tạo, chẳng hạn như chăm sóc giúp quý vị thực hiện các sinh hoạt hàng ngày như tắm rửa hoặc mặc quần áo.</p>	<p><b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b></p>	
<p>Xét nghiệm do người tiêu dùng thực hiện (còn được gọi là tự xét nghiệm, xét nghiệm tại nhà hoặc xét nghiệm không kê toa) được bán trực tiếp cho các cá nhân qua Internet, truyền hình, quảng cáo trên báo in hoặc các tài liệu tiếp thị khác</p>	<p><b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b></p>	
<p>Các thủ thuật hoặc dịch vụ nâng cao tự chọn hoặc tự nguyện</p>	<p><b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b></p>	



**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

<b>Các dịch vụ không được Medicare bao trả</b>	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	<b>Chỉ được bao trả theo một số điều kiện cụ thể</b>
<p>Các thủ thuật, thiết bị và thuốc dùng cho phẫu thuật và y tế thử nghiệm</p> <p>Các thủ thuật và vật dụng mang tính thử nghiệm là các thủ thuật và vật dụng được Original Medicare xác định là không được chấp nhận chung trong cộng đồng y khoa.</p>		<p>Có thể được Original Medicare bao trả theo một nghiên cứu lâm sàng được Medicare phê duyệt hoặc theo chương trình của chúng tôi.</p> <p>(Xem Chương 3, Phần 5 để biết thêm thông tin về các nghiên cứu lâm sàng.)</p>
Phí trả cho việc chăm sóc bởi người thân hoặc thành viên trong hộ gia đình quý vị	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	
Chăm sóc điều dưỡng toàn thời gian tại nhà của quý vị	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	
Suất ăn cho khách tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng lành nghề	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	
Bữa ăn cung cấp tại nhà		Được bao trả sau khi nhập viện nội trú đủ điều kiện.
Dịch vụ giúp việc nhà bao gồm hỗ trợ việc nhà cơ bản như trông nom nhà cửa nhẹ nhàng hoặc chuẩn bị bữa ăn nhẹ.	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	
Bổ trợ kính áp tròng dành cho vật dụng hỗ trợ bệnh đục thủy tinh thể (tức là màu, lớp phủ chống phản chiếu, mắt kính đa tròng, mắt kính quá khổ, v.v.), trừ khi cần thiết về mặt y tế		Chỉ được bao trả khi cần thiết về mặt y tế.
Thuốc kê toa Medicare Part B dùng khi đi chuyển ra ngoài Hoa Kỳ và các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	
Các dịch vụ liệu pháp tự nhiên (sử dụng biện pháp điều trị tự nhiên hoặc biện pháp điều trị thay thế)	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	
Vận chuyển không cấp cứu		Cần có Sự Cho Phép Trước.

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

<b>Các dịch vụ không được Medicare bao trả</b>	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	<b>Chỉ được bao trả theo một số điều kiện cụ thể</b>
<p>Dịch vụ chăm sóc nha khoa không định kỳ</p> <p>Quý vị có thể sử dụng thẻ ghi nợ đã có sẵn tiền để thanh toán cho dịch vụ chăm sóc răng miệng không định kỳ nếu muốn. Để biết thêm thông tin, hãy xem hàng “<b>Các dịch vụ nha khoa*</b>” trong Bảng Quyền Lợi Y Tế Phần 2.1 của chương này.</p>		<p>Chăm sóc nha khoa cần thiết để điều trị bệnh hoặc chấn thương có thể được bao trả như chăm sóc nội trú hoặc ngoại trú.</p>
<p>Giày chỉnh hình hoặc các thiết bị hỗ trợ cho bàn chân</p>		<p>Giày kết hợp nẹp chân và được bao gồm trong chi phí nẹp chân. Giày chỉnh hình hoặc giày trị liệu dành cho người mắc bệnh về bàn chân do tiểu đường.</p>
<p>Các vật dụng cá nhân trong phòng của quý vị tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng lành nghề, chẳng hạn như điện thoại hoặc TV</p>	<p><b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b></p>	
<p>Y tá công vụ tư nhân</p>	<p><b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b></p>	
<p>Phòng riêng trong bệnh viện.</p>		<p>Chỉ được bao trả khi cần thiết về mặt y tế.</p>
<p>Các chương trình bồi dưỡng tâm lý hoặc tự lực cho những người khỏe mạnh về tinh thần</p>	<p><b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b></p>	
<p>Phẫu thuật mở giác mạc tủa tròn, phẫu thuật LASIK và các thiết bị hỗ trợ thị lực kém khác</p>	<p><b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b></p>	
<p>Báo cáo, đánh giá hoặc khám sức khỏe định kỳ chủ yếu cho mục đích bảo hiểm, cấp phép, tuyển dụng hoặc nhằm mục đích cho bên thứ ba và không phòng ngừa</p>	<p><b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b></p>	

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

<b>Các dịch vụ không được Medicare bao trả</b>	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	<b>Chỉ được bao trả theo một số điều kiện cụ thể</b>
Các thủ thuật phục hồi khả năng sinh con và/hoặc các vật tư tránh thai không kê toa, bao gồm cả dụng cụ tránh thai cấy ghép	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	Các vật tư tránh thai có thể được Oregon Health Plan (Medicaid) bao trả.
Chăm sóc nắn chỉnh khớp xương định kỳ		Việc nắn chỉnh cột sống bằng tay để khắc phục tình trạng trật khớp nhẹ được bao trả.
Chăm sóc nha khoa định kỳ, chẳng hạn như trám răng hoặc làm răng giả		Các dịch vụ nha khoa phòng ngừa được Oregon Health Plan (Medicaid) bao trả.
Chăm sóc bàn chân định kỳ		Một số khoản bao trả có giới hạn được cung cấp theo các hướng dẫn của Medicare (ví dụ như nếu quý vị mắc bệnh tiểu đường).
Khám thính lực định kỳ, máy trợ thính hoặc khám để lắp máy trợ thính	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	
Các dịch vụ được coi là không hợp lý và cần thiết theo các tiêu chuẩn của Original Medicare	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	
Các dịch vụ không được Medicare bao trả	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	
Các dịch vụ được cung cấp trong các cơ sở dành cho Cựu Chiến Binh (VA)	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	
Các dịch vụ liên quan đến dụng cụ tử cung tránh thai (Intrauterine devices, IUD), bao gồm việc đặt dụng cụ và chỉnh dụng cụ đó	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	Các dịch vụ IUD có thể được Oregon Health Plan (Medicaid) bao trả.

**Chương 4 Bảng Quyền Lợi Y Tế (các khoản được bao trả và các khoản quý vị phải trả)**

<b>Các dịch vụ không được Medicare bao trả</b>	<b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b>	<b>Chỉ được bao trả theo một số điều kiện cụ thể</b>
<p>Các dịch vụ, chẳng hạn như yêu cầu thuốc, sẽ không được bao trả nếu thuốc được đặt hàng, kê toa hoặc cung cấp bởi quý vị vì lợi ích của riêng quý vị, bởi một người cư trú trong nhà quý vị hoặc bởi một thành viên trong gia đình quý vị. Trong ngữ cảnh này, “thành viên trong gia đình quý vị” là người có thể được thừa kế tài sản từ quý vị theo luật kế vị của các tiểu bang cũng như các họ hàng hai bên gia đình, họ hàng của cha mẹ kế, cha mẹ nuôi hoặc bạn đời của quý vị hoặc những người tương tự.</p>	<p><b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b></p>	
<p>Thiết bị hỗ trợ thị lực kém, kính cho bệnh võng mạc không đều, kính không kê theo đơn, kính chống nắng, và các thiết bị hỗ trợ thị lực kém khác</p>	<p><b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b></p>	
<p>Điều trị hoặc tư vấn trong trường hợp không bị bệnh, trong đó có cả tư vấn hôn nhân</p>	<p><b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b></p>	
<p>Tóc giả</p>	<p><b>Không được bao trả theo bất kỳ điều kiện nào</b></p>	

# CHƯƠNG 5:

*Sử dụng bảo hiểm của chương trình  
cho thuốc kê toa Part D*

**Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D****Quý vị có thể lấy thông tin về chi phí thuốc của mình bằng cách nào?**

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Oregon Health Plan (Medicaid) nên quý vị cũng đủ điều kiện nhận cũng như đang được nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare để thanh toán cho các chi phí của chương trình thuốc kê toa. Vì quý vị đang tham gia chương trình “Trợ Giúp Bổ Sung” nên **một số thông tin về chi phí thuốc kê toa Part D trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* này có thể không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị tờ thông tin riêng, gọi là *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Điều Khoản Bổ Sung Chứng Từ Bảo Hiểm dành cho Người Nhận Trợ Giúp Bổ Sung để Thanh Toán cho Thuốc Kê Toa) (còn gọi là Low Income Subsidy Rider (Điều Khoản Bổ Sung về Trợ Cấp cho Người có Thu Nhập Thấp) hoặc LIS Rider (Điều Khoản Bổ Sung LIS)) để cho quý vị biết về khoản bao trả thuốc của quý vị. Nếu quý vị không có phụ trang này, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng và yêu cầu LIS Rider (Điều Khoản Bổ Sung LIS). (Số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Khách hàng được in ở trang bìa sau của tài liệu này.)

**Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D****PHẦN 1 Giới thiệu**

Chương này **giải thích các quy tắc về việc sử dụng khoản bảo trả cho thuốc Part D của quý vị**. Vui lòng xem Chương 4 để biết các quyền lợi thuốc Medicare Part B và các quyền lợi thuốc cuối đời.

Ngoài các loại thuốc mà Medicare bao trả, quý vị cũng được bao trả một số loại thuốc kê toa theo các quyền lợi mà quý vị có trong Oregon Health Plan (Medicaid). Vui lòng tham khảo Danh Sách Thuốc của Oregon Health Plan (Medicaid) để biết khoản bảo trả cho các loại thuốc này.

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

Chương trình thường sẽ bao trả các loại thuốc của quý vị với điều kiện là quý vị tuân theo các quy tắc cơ bản sau đây:

- Quý vị phải được người cung cấp (bác sĩ, nha sĩ hoặc người kê toa khác) kê toa theo luật liên bang hiện hành.
- Người kê toa của quý vị không được nằm trong Danh Sách Loại Trừ hoặc Loại Trừ Trước của Medicare.
- Quý vị thường phải sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc kê toa. (Xem Phần 2 trong chương này. *Hoặc quý vị có thể mua thuốc kê toa thông qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện của chương trình.*)
- Thuốc của quý vị phải có trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)* của chương trình (chúng tôi gọi tắt là Danh Sách Thuốc). (Xem Phần 3 trong chương này.)
- Thuốc của quý vị phải được sử dụng theo chỉ định đã được chấp nhận về mặt y tế. Sử dụng theo “chỉ định được chấp nhận về mặt y tế” là việc dùng thuốc đúng theo sự phê duyệt của Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm hoặc được xác nhận bởi một số tài liệu tham khảo. (Xem Phần 3 trong chương này để biết thêm thông tin về một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.)
- Loại thuốc quý vị dùng có thể cần được chấp thuận thì chúng tôi mới bao trả. (Xem Phần 4 trong chương này để biết thêm thông tin về những hạn chế đối với bảo hiểm của quý vị.)

## PHẦN 2 Mua thuốc kê toa tại nhà thuốc trong mạng lưới hoặc thông qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện của chương trình

### Phần 2.1 Sử dụng một nhà thuốc trong mạng lưới

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

Nhà thuốc trong mạng lưới là nhà thuốc ký hợp đồng với chương trình để cung cấp thuốc kê toa được bao trả cho quý vị. Thuật ngữ thuốc được bao trả có nghĩa là tất cả thuốc kê toa Part D trong “Danh Sách Thuốc” của chương trình.

### Phần 2.2 Nhà thuốc trong mạng lưới

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

Để tìm nhà thuốc trong mạng lưới, quý vị có thể tra trong *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp*, truy cập trang web của chúng tôi ([www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider)) và/hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.

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

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

Nếu nhà thuốc mà quý vị đang sử dụng rời khỏi mạng lưới của chương trình, quý vị sẽ phải tìm một nhà thuốc mới trong mạng lưới. Để tìm nhà thuốc khác trong khu vực của mình, quý vị có thể nhờ trợ giúp từ bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng hoặc sử dụng *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp*. Quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider).

#### Nếu quý vị cần một nhà thuốc chuyên biệt thì sao?

Quý vị phải mua một số thuốc kê toa tại một nhà thuốc chuyên biệt. Các nhà thuốc chuyên biệt bao gồm:

- Các nhà thuốc cung cấp các loại thuốc dùng cho liệu pháp tiêm truyền tại nhà. Providence Home Services cung cấp và điều phối các dịch vụ chăm sóc tại nhà trong khu vực dịch vụ của Providence Medicare Advantage Plans. **Các dịch vụ bao gồm tiêm truyền tại nhà (được phẩm và y tá), thuốc tiêm đặc biệt, chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc cuối đời, ôxy tại nhà và thiết bị y tế.**



**Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D**

- Các nhà thuốc cung cấp các loại thuốc cho những người cư trú tại cơ sở chăm sóc dài hạn (long-term care, LTC). Thông thường, cơ sở LTC (chẳng hạn như viện dưỡng lão) có nhà thuốc riêng. Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào trong việc tiếp cận các quyền lợi Part D tại một cơ sở LTC, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách Hàng.
- Các nhà thuốc phục vụ Dịch Vụ Y Tế dành cho Người Da Đỏ/Người Mỹ Bản Địa trong Bộ Lạc/Chương Trình Y Tế dành cho Người Da Đỏ ở Thành Thị (không có sẵn tại Puerto Rico). Ngoại trừ trong các trường hợp cấp cứu, chỉ người Mỹ Bản địa hoặc người Alaska Bản địa mới được quyền tiếp cận các nhà thuốc này trong mạng lưới của chúng tôi.
- Các nhà thuốc cấp phát thuốc bị FDA hạn chế đối với một số địa điểm hoặc các nhà thuốc cần xử lý đặc biệt, điều phối nhà cung cấp hoặc giáo dục về việc sử dụng thuốc. Để tìm địa điểm của một nhà thuốc chuyên biệt, hãy tra trong *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp* [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider) hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.

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

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. Thông thường, những loại thuốc được cung cấp qua dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện là những thuốc quý vị dùng thường xuyên để điều trị một bệnh trạng mạn tính hoặc kéo dài.

Dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện của chương trình cho phép quý vị đặt mua **lượng thuốc đủ dùng trong ít nhất 30 ngày và tối đa 100 ngày**.

Để nhận thông tin về mua thuốc kê toa của quý vị qua đường bưu điện, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.

Thông thường việc đặt mua thuốc từ một nhà thuốc bán qua đường bưu điện sẽ không quá 3-5 ngày. Trong trường hợp việc giao hàng thuốc kê toa đặt mua qua đường bưu điện bị chậm trễ hoặc quý vị không thể chờ đợi để nhận được thuốc, quý vị có thể đến nhà thuốc trong mạng lưới bán lẻ để mua một lượng thuốc nhỏ tạm thời cho đến khi có thể nhận được hàng. Nhà thuốc trong mạng lưới bán lẻ phải liên hệ với Providence Health Assurance để tạo điều kiện phân phối thuốc dùng tạm thời này.

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

Sau khi nhà thuốc nhận được toa thuốc từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị để xem quý vị có muốn mua thuốc ngay lập tức hay để sau. Điều quan trọng là quý vị phải phản hồi mỗi lần nhà thuốc liên hệ, để cho họ biết liệu có giao hàng, trì hoãn hoặc dùng cung cấp toa thuốc mới không.

**Mua thêm thuốc kê toa đặt mua qua đường bưu điện.** Để mua thêm thuốc, quý vị có thể đăng ký tham gia chương trình tự động mua thêm thuốc. Trong chương trình này, chúng tôi sẽ bắt đầu quy trình tự động mua thêm thuốc lần tiếp theo cho quý vị khi hồ sơ

## Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D

của chúng tôi cho thấy quý vị gần hết thuốc. Nhà thuốc sẽ liên hệ với quý vị trước khi giao thuốc mỗi lần mua thêm để đảm bảo rằng quý vị hiện đang cần thêm thuốc; và quý vị có thể hủy mua thêm thuốc theo lịch nếu quý vị có đủ thuốc hoặc nếu quý vị đổi thuốc.

Nếu quý vị chọn không sử dụng chương trình tự mua thêm thuốc của chúng tôi nhưng vẫn muốn nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện gửi thuốc theo toa cho quý vị, vui lòng liên hệ với nhà thuốc của quý vị 10-14 ngày trước khi hết thuốc theo toa hiện tại. Điều này sẽ đảm bảo đơn đặt hàng của quý vị được chuyển đến đúng lúc.

Để chọn không tham gia chương trình tự động mua thêm thuốc qua đường bưu điện của chúng tôi, vui lòng liên hệ với nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện.

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

### Phần 2.4 Làm thế nào để nhận thuốc dùng dài hạn?

Khi quý vị nhận thuốc dùng dài hạn, mức chia sẻ chi phí của quý vị có thể thấp hơn. Chương trình cung cấp hai cách để nhận thuốc dùng dài hạn được gọi là thuốc dùng kéo dài) cho các loại thuốc duy trì trong Danh Sách Thuốc của chương trình chúng tôi. (Thuốc duy trì là loại thuốc mà quý vị dùng thường xuyên cho một tình trạng bệnh mạn tính hoặc kéo dài.)

1. Một số nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới của chúng tôi cho phép quý vị mua thuốc duy trì dài hạn. *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp*  
[www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider) cho quý vị biết những nhà thuốc nào trong mạng lưới của chúng tôi có thể cung cấp lượng thuốc duy trì dài hạn cho quý vị. Quý vị cũng có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng để biết thêm thông tin.
2. Quý vị cũng có thể nhận được thuốc duy trì thông qua chương trình đặt mua qua đường bưu điện của chúng tôi. Vui lòng xem Phần 2.3 để biết thêm thông tin.

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

#### Toa thuốc của quý vị có thể được bao trả trong một số trường hợp

Nói chung, chúng tôi *chỉ* bao trả các loại thuốc mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới khi quý vị không thể sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới. Để giúp quý vị, chúng tôi có các nhà thuốc trong mạng lưới bên ngoài khu vực dịch vụ của chúng tôi, nơi quý vị có thể mua thuốc kê toa của mình với tư cách là thành viên của chương trình chúng tôi. **Vui lòng tham vấn bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng trước** để xem có nhà thuốc trong mạng lưới nào gần đó không. Quý vị có thể phải thanh toán khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị chi trả cho thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới và chi phí chúng tôi sẽ bao trả tại nhà thuốc trong mạng lưới.

## Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D

Sau đây là các trường hợp chúng tôi sẽ bao trả cho thuốc kê toa mua tại nhà thuốc ngoài mạng lưới:

- Bảo hiểm cho việc tiếp cận ngoài mạng lưới thuốc khẩn cấp và một số loại thuốc định kỳ sẽ được cung cấp khi thành viên không thể đến nhà thuốc trong mạng lưới với một trong các điều kiện sau:
  - Quý vị đang đi du lịch bên ngoài khu vực dịch vụ và hết, mất thuốc Part D được bao trả hoặc bị ốm và cần thuốc Part D được bao trả.
  - Quý vị không mua được thuốc được bao trả kịp thời tại nhà thuốc trong mạng lưới trong khu vực dịch vụ của mình (ví dụ: không thể tiếp cận nhà thuốc trong mạng lưới mở cửa 24 giờ/7 ngày một tuần).
  - Quý vị không mua được một loại thuốc cụ thể vì thuốc đó không được dự trữ thường xuyên tại nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị có thể tiếp cận hoặc nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện (ví dụ: thuốc đặc trị bệnh hiếm hoặc thuốc đặc trị với số lượng phân phối hạn chế).
  - Nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện trong mạng lưới không thể gửi thuốc Part D được bao trả cho quý vị kịp thời và quý vị đã hết thuốc.
  - Thuốc được phân phát cho quý vị bởi một nhà thuốc ngoài mạng lưới của nhà thuốc tại bệnh viện trong khi quý vị đang ở trong khoa cấp cứu, phòng khám của nhà cung cấp dịch vụ, phẫu thuật ngoại trú hoặc cơ sở ngoại trú khác.

### Quý vị yêu cầu chương trình bồi hoàn chi phí bằng cách nào?

Nếu phải sử dụng nhà thuốc ngoài mạng lưới, thông thường quý vị sẽ phải trả toàn bộ chi phí khi mua thuốc kê toa. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bồi hoàn cho quý vị. (Chương 7, Phần 2 giải thích cách yêu cầu chương trình hoàn lại tiền cho quý vị.)

---

## PHẦN 3 Thuốc của quý vị cần có trong Danh Sách Thuốc của chương trình

---

<b>Phần 3.1</b>	<b>Danh Sách Thuốc cho biết những loại thuốc Part D nào được bao trả</b>
-----------------	--

Chương trình có một *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc)*. Trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* này, **chúng tôi gọi tắt là Danh Sách Thuốc**.

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

Danh Sách Thuốc bao gồm các loại thuốc được bao trả theo Medicare Part D. Ngoài các loại thuốc mà Medicare bao trả, quý vị cũng được bao trả một số loại thuốc kê toa theo các quyền lợi

**Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D**

mà quý vị có trong Oregon Health Plan (Medicaid). Vui lòng tham khảo Danh Sách Thuốc của Oregon Health Plan (Medicaid) để biết khoản bao trả cho các loại thuốc này.

Thông thường, chúng tôi sẽ bao trả thuốc trong Danh Sách Thuốc của chương trình với điều kiện là quý vị tuân thủ các quy tắc bảo hiểm khác được giải thích trong chương này và dùng thuốc đó cho một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. Chỉ định được chấp nhận về mặt y tế là việc sử dụng thuốc:

- Được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm chấp thuận dùng trong chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng được chỉ định, hoặc
- Được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông Tin Về Thuốc Thuộc Dịch Vụ Danh Mục Thuốc Bệnh Viện Hoa Kỳ (American Hospital Formulary Service Drug Information) và Hệ Thống Thông Tin DRUGDEX (DRUGDEX Information System) của Micromedex.

Danh Sách Thuốc bao gồm cả thuốc biệt dược, thuốc gốc và sản phẩm sinh học (có thể bao gồm thuốc sinh học tương tự).

Thuốc biệt dược là thuốc kê toa được bán dưới tên 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. Trong Danh Sách Thuốc, khi đề cập đến thuốc, đó có thể có nghĩa là một loại thuốc hoặc một sản phẩm sinh học.

Thuốc gốc là thuốc kê toa có cùng thành phần hoạt tính với thuốc biệt dược. Sản phẩm sinh học có các chất thay thế được gọi là thuốc sinh học tương tự. Thông thường, thuốc gốc và thuốc sinh học tương tự cũng có công hiệu giống như thuốc biệt dược và thường có giá thấp hơn. Có nhiều loại thuốc gốc thay thế cho nhiều loại thuốc 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 có thể thay đổi cho nhau, và tùy thuộc vào luật pháp tiểu bang, có thể được thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần toa mới, giống như thuốc gốc có thể được thay thế cho thuốc biệt dược.

Xem Chương 12 để biết định nghĩa của các loại thuốc có thể có trong Danh Sách Thuốc.

**Loại thuốc nào *không* có trong Danh Sách Thuốc?**

Các loại thuốc được Medicaid bao trả không có trong Danh Sách Thuốc. Quý vị có thể truy cập trang của Medicaid để biết các loại thuốc được Medicaid bao trả:

<https://www.providencehealthplan.com/health-share-providence-ohp>.

Chương trình không bao trả cho tất cả các loại thuốc kê toa.

- Trong một số trường hợp, luật pháp không cho phép bất kỳ chương trình Medicare nào bao trả cho một số loại thuốc. Để biết thêm thông tin về vấn đề này, hãy xem Phần 7.1 của chương này.

**Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D**

- Trong một số trường hợp khác, chúng tôi đã quyết định không đưa một loại thuốc cụ thể vào trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi. Trong một số trường hợp, quý vị có thể mua thuốc không có trong Danh Sách Thuốc. Vui lòng xem Chương 9 để biết thêm thông tin.

**Phần 3.2 Làm thế nào để biết một loại thuốc cụ thể có trong Danh Sách Thuốc hay không?**

Quý vị có bốn cách để tìm hiểu:

1. Kiểm tra Danh Sách Thuốc mới nhất mà chúng tôi cung cấp dưới dạng điện tử.
2. Truy cập trang web của chương trình ([www.ProvidenceHealthAssurance.com](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com)). Danh Sách Thuốc trên trang web luôn là danh sách cập nhật nhất.
3. Gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng để tìm hiểu xem một loại thuốc cụ thể có nằm trong Danh Sách Thuốc của chương trình hay không hoặc để yêu cầu một bản sao của danh sách đó.
4. Sử dụng “Công Cụ Quyền Lợi Theo Thời Gian Thực” của chương trình ([www.ProvidenceHealthAssurance.com](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com)) hoặc bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng). Với công cụ này, quý vị có thể tìm kiếm các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc để xem ước tính số tiền quý vị sẽ trả và liệu có loại thuốc thay thế nào trong Danh Sách Thuốc có thể điều trị tình trạng tương tự hay không.

**PHẦN 4 Có các hạn chế về bảo hiểm đối với một số loại thuốc****Phần 4.1 Tại sao một số loại thuốc lại bị hạn chế bao trả?**

Đối với một số loại thuốc kê toa, các quy tắc đặc biệt hạn chế cách thức và thời điểm chương trình chi trả. Một nhóm bác sĩ và dược sĩ đã lập nên các quy tắc này để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp sử dụng thuốc theo những cách hiệu quả nhất. Để tìm hiểu xem có bất kỳ hạn chế nào trong số này áp dụng cho loại thuốc mà quý vị đang dùng hoặc muốn dùng hay không, hãy kiểm tra Danh Sách Thuốc. Nếu có một loại thuốc an toàn, có giá thấp hơn và hiệu quả về mặt y tế như loại thuốc có chi phí cao hơn, thì những quy tắc của chương trình sẽ được thiết lập để khuyến khích quý vị và nhà cung cấp của quý vị sử dụng lựa chọn có chi phí thấp hơn đó.

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

**Phần 4.2 Có các loại hạn chế nào?**

Các phần dưới đây cho quý vị biết thêm về các loại hạn chế mà chúng tôi sử dụng cho một số loại thuốc.

## Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D

**Nếu có hạn chế đối với thuốc của quý vị thì điều đó thường có nghĩa là quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị sẽ phải thực hiện thêm các bước để chúng tôi bao trả cho thuốc đó.** Hãy liên hệ với Bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng để biết quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cần phải làm gì để nhận được bảo hiểm cho thuốc. Nếu quý vị muốn chúng tôi miễn trừ hạn chế cho quý vị, quý vị sẽ cần sử dụng quy trình quyết định bao trả và yêu cầu chúng tôi xét ngoại lệ. Chúng tôi có thể đồng ý hoặc không đồng ý miễn trừ hạn chế cho quý vị. (Xem Chương 9).

### Xin chấp thuận trước từ chương trình

Đối với một số loại thuốc, quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị cần được chương trình chấp thuận trước khi chúng tôi đồng ý bao trả thuốc đó cho quý vị. Đây được gọi là **sự cho phép trước**. Điều này được thực hiện để đảm bảo an toàn cho thuốc và hướng dẫn sử dụng một số loại thuốc nhất định. Nếu quý vị không nhận được sự chấp thuận này, thuốc của quý vị có thể không được chương trình bao trả.

### Thử dùng một loại thuốc khác trước

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

### Giới hạn số lượng

Đối với một số loại thuốc nhất định, chúng tôi giới hạn số lượng thuốc mà quý vị có thể có mỗi lần mua thuốc kê toa của mình. Ví dụ: nếu thông thường được coi là an toàn khi chỉ uống một viên mỗi ngày đối với một loại thuốc nhất định, chúng tôi có thể giới hạn phạm vi bảo hiểm cho thuốc kê toa của quý vị không quá một viên mỗi ngày.

---

## **PHẦN 5 Điều gì xảy ra nếu một trong các loại thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị muốn được bao trả?**

---

<b>Phần 5.1</b>	<b>Có những điều quý vị có thể thực hiện nếu thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị muốn được bao trả</b>
-----------------	---

Có những trường hợp khi một loại thuốc kê toa mà quý vị đang dùng hoặc một loại thuốc mà quý vị và nhà cung cấp của quý vị nghĩ rằng quý vị nên dùng không có trong danh mục thuốc của chúng tôi hoặc có trong danh mục thuốc của chúng tôi kèm theo những hạn chế. Ví dụ:

- Thuốc có thể không được bao trả. Hoặc có thể một phiên bản thuốc gốc được bao trả nhưng phiên bản thuốc biệt dược mà quý vị muốn dùng không được bao trả.
- Thuốc đó được bao trả, nhưng có các quy định hoặc hạn chế bổ sung đối với việc bao trả cho loại thuốc đó, như được giải thích trong Phần 4.

**Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D**

- Có những điều quý vị có thể thực hiện nếu thuốc của quý vị không được bao trả theo cách quý vị muốn được bao trả. **Nếu thuốc của quý vị không có trong Danh Sách Thuốc hoặc nếu thuốc của quý vị bị hạn chế, hãy xem Phần 5.2 để tìm hiểu những điều quý vị có thể thực hiện.**

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

Nếu thuốc của quý vị không có trong Danh Sách Thuốc hoặc bị hạn chế thì dưới đây là các phương án lựa chọn:

- Quý vị có thể nhận một lượng thuốc tạm thời
- Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác.
- Quý vị có thể yêu cầu xét ngoại lệ và yêu cầu chương trình bao trả thuốc hoặc loại bỏ các hạn chế đối với loại thuốc đó.

**Quý vị có thể nhận được một lượng thuốc tạm thời**

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

Để đủ điều kiện mua lượng thuốc tạm thời, loại thuốc quý vị đang dùng phải **không còn trong Danh Sách Thuốc của chương trình HOẶC đang bị hạn chế theo cách nào đó.**

- **Nếu quý vị là thành viên mới**, chúng tôi sẽ bao trả cho một **lượng thuốc tạm thời** trong 90 ngày đầu tiên khi quý vị trở thành thành viên.
- **Nếu quý vị là đã tham gia chương trình từ năm ngoái**, chúng tôi sẽ bao trả cho một **lượng thuốc tạm thời** trong 90 ngày đầu tiên của năm theo lịch.
- Lượng thuốc tạm thời này sẽ dùng đủ trong tối đa 30 ngày. Nếu toa thuốc của quý vị kê ít ngày hơn, chúng tôi cho phép quý vị mua nhiều lần để cung cấp tối đa 30 ngày dùng thuốc. Quý vị phải mua thuốc kê toa tại một nhà thuốc trong mạng lưới. (Xin lưu ý rằng nhà thuốc chăm sóc dài hạn có thể cung cấp số lượng thuốc ít hơn mỗi lần để tránh lãng phí.)
- **Đối với những thành viên đã tham gia chương trình được hơn 90 ngày và cư trú trong cơ sở chăm sóc dài hạn và cần thuốc ngay lập tức:**

Chúng tôi sẽ bao trả một lượng thuốc khẩn cấp trong 31 ngày trở xuống nếu toa thuốc của quý vị được kê cho ít ngày hơn. Lượng thuốc này được cung cấp bổ sung cho lượng thuốc tạm thời nêu trên.

Thay đổi mức độ chăm sóc	Số ngày cung cấp thuốc
Đổi với các thành viên chuyển đổi từ SNF sang LTC	31
SNF sang Chăm Sóc Tại Gia (bán lẻ)	30

**Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D**

LTC sang LTC	31
Bệnh Viện sang Chăm Sóc Tại Gia (bán lẻ)	30

Nếu có thắc mắc về lượng thuốc tạm thời, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.

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

**1) Quý vị có thể đổi sang loại thuốc khác**

Hãy trò chuyện với nhà cung cấp của quý vị để biết liệu có một loại thuốc khác được chương trình bao trả có thể phù hợp với quý vị hay không. Quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng để yêu cầu danh sách các loại thuốc được bao trả để điều trị cùng một bệnh trạng. Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm thấy loại thuốc được bao trả có thể phù hợp với quý vị.

**2) Quý vị có thể yêu cầu xét ngoại lệ**

**Quý vị và nhà cung cấp của mình có thể yêu cầu chương trình xét ngoại lệ và bao trả thuốc theo cách quý vị muốn.** Nếu nhà cung cấp của quý vị cho biết rằng quý vị có các lý do y tế cần phải yêu cầu chúng tôi xét ngoại lệ, thì nhà cung cấp của quý vị có thể giúp quý vị yêu cầu xét ngoại lệ. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chương trình bao trả một loại thuốc dù không có trong “Danh Sách Thuốc” của chương trình. Hoặc quý vị có thể yêu cầu chương trình xét ngoại lệ và bao trả thuốc mà không có hạn chế.

**Nếu quý vị và nhà cung cấp của mình muốn yêu cầu xét ngoại lệ, hãy xem Chương 9, Phần 7.4 để biết những việc cần làm.** Mục này giải thích các thủ tục và thời hạn đã được Medicare đề ra để đảm bảo yêu cầu của quý vị được xử lý nhanh chóng và công bằng.

---

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

---

**Phần 6.1 Danh Sách Thuốc có thể thay đổi trong năm**

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

- **Thêm hoặc xóa thuốc khỏi Danh Sách Thuốc.**
- **Thêm hoặc xóa giới hạn đối với bảo hiểm cho một loại thuốc.**
- **Thay thế thuốc biệt dược bằng phiên bản thuốc gốc.**



**Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D**

- **Thay thế một sản phẩm sinh học gốc bằng một phiên bản thuốc sinh học tương tự có thể thay đổi cho nhau của sản phẩm sinh học đó.**

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

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

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

**Thông tin về những thay đổi đối với bảo hiểm thuốc**

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

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

- **Thêm thuốc mới vào Danh Sách Thuốc và loại bỏ hoặc thực hiện thay đổi ngay lập tức đối với loại thuốc tương tự trong Danh Sách Thuốc.**
  - Khi thêm phiên bản mới của một loại thuốc vào Danh Sách Thuốc, chúng tôi có thể loại bỏ ngay loại thuốc tương tự khỏi Danh Sách Thuốc, chuyển loại thuốc tương tự sang một bậc chia sẻ chi phí khác, thêm hạn chế mới hoặc thực hiện cả hai điều này. Phiên bản thuốc mới sẽ có cùng hoặc ít hạn chế hơn.
  - Chúng tôi sẽ chỉ thực hiện những thay đổi tức thì này trong trường hợp thêm phiên bản thuốc gốc mới của một loại thuốc biệt dược hoặc thêm một số phiên bản thuốc sinh học tương tự mới của một sản phẩm sinh học gốc đã có trong Danh Sách Thuốc.
  - Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi này ngay lập tức và thông báo cho quý vị sau, ngay cả khi quý vị đang dùng loại thuốc mà chúng tôi sẽ loại bỏ hoặc thực hiện thay đổi. Nếu quý vị đang sử dụng thuốc tương tự tại thời điểm chúng tôi thực hiện thay đổi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về bất kỳ thay đổi cụ thể nào mà chúng tôi thực hiện.
- **Thêm thuốc vào Danh Sách Thuốc và loại bỏ hoặc thực hiện thay đổi đối với loại thuốc tương tự trong Danh Sách Thuốc, có thông báo trước.**
  - Khi thêm phiên bản khác của một loại thuốc vào Danh Sách Thuốc, chúng tôi có thể loại bỏ loại thuốc tương tự khỏi Danh Sách Thuốc, chuyển loại thuốc tương tự sang một bậc chia sẻ chi phí khác, thêm hạn chế mới hoặc thực hiện cả hai điều này. Phiên bản thuốc mà chúng tôi thêm sẽ có cùng hoặc ít hạn chế hơn.

## Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D

- Chúng tôi sẽ chỉ thực hiện những thay đổi này trong trường hợp thêm phiên bản thuốc gốc mới của một loại thuốc biệt dược hoặc thêm một số phiên bản thuốc sinh học tương tự mới của một sản phẩm sinh học gốc đã có trong Danh Sách Thuốc.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi thực hiện thay đổi hoặc thông báo cho quý vị về thay đổi và bao trả lần mua phiên bản thuốc quý vị đang sử dụng trong 30 ngày.
- **Loại bỏ thuốc không an toàn và các thuốc khác trong Danh Sách Thuốc bị thu hồi khỏi thị trường.**
  - Đôi khi một loại thuốc có thể được coi là không an toàn hoặc bị thu hồi khỏi thị trường vì một lý do khác. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi có thể ngay lập tức loại bỏ thuốc đó khỏi Danh Sách Thuốc. Nếu quý vị đang dùng loại thuốc đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị sau khi thực hiện thay đổi.
- **Thực hiện những thay đổi khác đối với các loại thuốc trong Danh Sách Thuốc.**
  - Chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi khác ảnh hưởng tới thuốc mà quý vị đang dùng sau khi năm bắt đầu. Ví dụ, chúng tôi dựa trên các cảnh báo đặc biệt của FDA hoặc các hướng dẫn lâm sàng mới đã được Medicare công nhận.
  - Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị ít nhất 30 ngày trước khi thực hiện thay đổi hoặc thông báo cho quý vị về thay đổi và bao trả lần mua bổ sung thuốc quý vị đang sử dụng trong 30 ngày.

Nếu chúng tôi thực hiện bất cứ thay đổi nào trong số này đối với một loại thuốc bất kỳ mà quý vị đang sử dụng, hãy trao đổi với người kê toa về các lựa chọn phù hợp với quý vị nhất, bao gồm cả việc chuyển sang một loại thuốc khác để điều trị tình trạng của quý vị hoặc yêu cầu một quyết định bao trả giúp đáp ứng bất cứ hạn chế mới nào đối với loại thuốc quý vị đang dùng. Quý vị hoặc người kê toa của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi xét ngoại lệ để tiếp tục được bao trả cho loại thuốc hoặc phiên bản của loại thuốc mà quý vị đã và đang dùng. Để biết thêm thông tin về cách yêu cầu một quyết định bao trả, bao gồm trường hợp ngoại lệ, vui lòng xem Chương 9.

### Những thay đổi đối với Danh Sách Thuốc không ảnh hưởng đến quý vị trong năm tham gia chương trình hiện tại

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

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

- Chúng tôi đề ra một hạn chế mới đối với việc sử dụng thuốc của quý vị.
- Chúng tôi loại bỏ thuốc của quý vị khỏi Danh Sách Thuốc.

**Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D**

Nếu bất kỳ thay đổi nào trong số này xảy ra đối với loại thuốc quý vị đang dùng (trừ trường hợp thu hồi trên thị trường, thuốc gốc thay thế thuốc biệt dược hoặc thay đổi khác được ghi trong các phần ở trên) thì thay đổi đó sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng thuốc của quý vị hoặc số tiền chia sẻ chi phí mà quý vị phải thanh toán cho đến ngày 1 tháng 1 năm sau.

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

---

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

---

**Phần 7.1 Những loại thuốc chúng tôi không bao trả**

Phần này cho quý vị biết về những loại thuốc kê toa **bị loại trừ**. Điều này có nghĩa là Medicare không thanh toán cho những loại thuốc này.

Nếu quý vị kháng cáo và loại thuốc được yêu cầu không bị loại trừ theo Part D, chúng tôi sẽ thanh toán hoặc bao trả cho thuốc đó. (Để biết thông tin về việc kháng cáo quyết định, vui lòng xem Chương 9.) Nếu loại thuốc bị chương trình của chúng tôi loại trừ cũng bị Oregon Health Plan (Medicaid) loại trừ thì quý vị sẽ phải tự thanh toán cho thuốc đó.

Dưới đây là ba quy tắc chung về các loại thuốc mà các chương trình thuốc Medicare sẽ không bao trả theo Part D:

- Bảo hiểm thuốc Part D trong chương trình của chúng tôi không thể bao trả cho một loại thuốc sẽ được Medicare Part A hoặc Part B bao trả.
- Chương trình của chúng tôi không thể bao trả cho một loại thuốc được mua bên ngoài Hoa Kỳ hoặc các vùng lãnh thổ của Hoa Kỳ.
- Chương trình của chúng tôi không bao trả việc sử dụng *ngoài hướng dẫn trên nhãn* của thuốc khi việc sử dụng đó không được hỗ trợ bởi một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông Tin Về Thuốc Thuộc Dịch Vụ Danh Mục Thuốc Bệnh Viện Hoa Kỳ (American Hospital Formulary Service Drug Information) và Hệ Thống Thông Tin DRUGDEX (DRUGDEX Information System) của Micromedex. Sử dụng *ngoài hướng dẫn trên nhãn* là bất kỳ việc sử dụng thuốc nào khác với những gì được ghi trên nhãn thuốc đã được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm phê duyệt.

Ngoài ra, theo luật, các loại thuốc liệt kê dưới đây không được Medicare bao trả: Tuy nhiên, quý vị có thể được bao trả cho một số loại thuốc trong số này theo bảo hiểm thuốc Oregon Health Plan (Medicaid) của quý vị. Hãy xem Danh Sách Thuốc của Oregon Health Plan (Medicaid) để biết khoản bao trả.

## Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D

- Thuốc không kê toa (còn được gọi là thuốc mua tự do)
- Thuốc được sử dụng để gia tăng khả năng sinh sản
- Thuốc được sử dụng để giảm các triệu chứng ho hoặc cảm lạnh
- Thuốc được sử dụng cho mục đích thẩm mỹ hoặc để thúc đẩy mọc tóc
- Các sản phẩm vitamin và khoáng chất kê toa, ngoại trừ vitamin dành cho bà bầu và các chế phẩm chứa florua
- Thuốc được sử dụng để điều trị rối loạn chức năng tinh dục hoặc rối loạn cương dương
- Thuốc dùng để điều trị biếng ăn, sụt cân hoặc tăng cân
- Thuốc điều trị ngoại trú mà nhà sản xuất tìm cách yêu cầu thực hiện các xét nghiệm hoặc dịch vụ theo dõi liên quan phải được cung cấp độc quyền bởi nhà sản xuất như một điều kiện bán hàng

**Nếu quý vị đang nhận “Trợ Giúp Bổ Sung”** để thanh toán cho thuốc kê toa thì chương trình “Trợ Giúp Bổ Sung” sẽ không thanh toán cho các loại thuốc thường không được bao trả. Tuy nhiên, nếu quý vị có bảo hiểm thuốc qua Medicaid, chương trình Medicaid của tiểu bang của quý vị có thể bao trả một số loại thuốc kê toa thường không được bao trả trong chương trình thuốc Medicare. Vui lòng liên hệ với chương trình Medicaid của tiểu bang của quý vị để xác định loại thuốc có thể được bao trả cho quý vị. (Quý vị có thể tìm thấy số điện thoại và thông tin liên lạc của Medicaid trong Chương 2, Phần 6.)

### PHẦN 8 Mua thuốc kê toa

#### Phần 8.1 Cung cấp thông tin thành viên của quý vị

Để mua thuốc kê toa, quý vị hãy cung cấp thông tin thành viên chương trình của mình có trên thẻ thành viên, tại nhà thuốc trong mạng lưới mà quý vị chọn. Nhà thuốc trong mạng lưới sẽ tự động lập hóa đơn cho chương trình đối với thuốc của quý vị. Nếu một loại thuốc kê toa không được Medicare bao trả nhưng lại được Oregon Health Plan (Medicaid) bao trả, quý vị sẽ cần xuất trình thẻ Oregon Health Plan (Medicaid) để mua loại thuốc đó.

#### Phần 8.2 Điều gì xảy ra nếu quý vị không mang theo thông tin thành viên?

Nếu quý vị không mang theo thông tin thành viên chương trình khi mua thuốc kê toa, thì quý vị hoặc nhà thuốc có thể gọi cho chương trình để nhận thông tin cần thiết, hoặc quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc tra cứu thông tin 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 toa thuốc khi quý vị đến lấy.** (Sau đó, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bồi hoàn cho quý vị. Xem Chương 7, Phần 2 để biết thêm thông tin về cách yêu cầu bồi hoàn từ chương trình.)

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

**Phần 9.1 Điều gì xảy ra nếu quý vị phải ở lại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng lành nghề được chương trình bao trả?**

Nếu quý vị nhập viện hoặc vào cơ sở điều dưỡng lành nghề để lưu trú được chương trình bao trả, chúng tôi thường sẽ bao trả chi phí thuốc kê toa của quý vị trong thời gian quý vị lưu trú. Sau khi quý vị rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng lành nghề, chương trình sẽ bao trả thuốc kê toa cho quý vị miễn là thuốc đó đáp ứng tất cả các quy tắc của chúng tôi về bảo hiểm theo mô tả trong Chương này.

**Phần 9.2 Điều gì xảy ra nếu quý vị là người cư trú trong cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC)?**

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

Kiểm tra *Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp*

[www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider) để tìm hiểu xem nhà thuốc của cơ sở chăm sóc dài hạn hoặc nhà thuốc mà cơ sở đó sử dụng có thuộc mạng lưới của chúng tôi hay không. Nếu không, hoặc nếu quý vị cần thêm thông tin hoặc trợ giúp, vui lòng liên hệ với Dịch Vụ Khách Hàng. Nếu quý vị đang ở trong một cơ sở LTC, chúng tôi phải đảm bảo rằng quý vị có thể thường xuyên nhận các quyền lợi Part D thông qua mạng lưới các nhà thuốc LTC của chúng tôi.

**Điều gì xảy ra nếu quý vị là người cư trú trong cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) và cần thuốc không có trong Danh Sách Thuốc hoặc bị hạn chế theo một cách nào đó?**

Vui lòng tham khảo Phần 5.2 về lượng thuốc tạm thời hoặc khẩn cấp.

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

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

Nói chung, nếu quý vị có bảo hiểm nhân viên hoặc nhóm hưu trí, bảo hiểm thuốc mà quý vị nhận được từ chúng tôi sẽ là bảo hiểm *phụ* so với bảo hiểm nhóm hưu trí của quý vị. Điều đó có nghĩa là bảo hiểm nhóm của quý vị sẽ chi trả trước.

**Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D**

**Lưu ý đặc biệt về bảo hiểm đáng tin cậy:**

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

Nếu bảo hiểm từ chương trình nhóm là bảo hiểm đáng tin cậy, thì điều đó có nghĩa là chương trình có bảo hiểm thuốc dự kiến sẽ thanh toán trung bình, tối thiểu bằng với bảo hiểm thuốc kê toa tiêu chuẩn của Medicare.

**Vui lòng cất giữ thông báo về bảo hiểm đáng tin cậy này**, vì quý vị có thể cần dùng sau này. Nếu quý vị ghi danh vào một chương trình Medicare bao gồm bảo hiểm thuốc Part D, quý vị có thể cần những thông báo này để cho thấy rằng quý vị đã duy trì bảo hiểm đáng tin cậy. Nếu quý vị không nhận được thông báo về bảo hiểm đáng tin cậy, hãy yêu cầu một bản sao từ người quản lý quyền lợi của chủ lao động hoặc chương trình hưu trí hoặc từ chính chủ lao động hoặc nghiệp đoàn.

**Phần 9.4 Điều gì xảy ra nếu quý vị tham gia chương trình chăm sóc cuối đời được Medicare chứng nhận?**

Chăm sóc cuối đời và chương trình của chúng tôi không bao trả cho cùng một loại thuốc cùng một lúc. Nếu quý vị ghi danh vào chương trình chăm sóc cuối đời Medicare và cần các loại thuốc nhất định (ví dụ như thuốc chống nôn, thuốc nhuận tràng, thuốc giảm đau hoặc thuốc chống lo âu) không được chương trình chăm sóc cuối đời bao trả vì không liên quan đến bệnh giai đoạn cuối và các tình trạng liên quan của quý vị, thì chương trình của chúng tôi phải nhận được thông báo từ người kê toa hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của quý vị cho biết rằng thuốc đó không liên quan trước khi chương trình của chúng tôi có thể bao trả thuốc đó. Để tránh chậm trễ trong việc nhận thuốc mà chương trình của chúng tôi bao trả, quý vị có thể hỏi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc người kê toa để đảm bảo rằng chúng tôi nhận được thông báo trước khi quý vị mua thuốc kê toa.

Trong trường hợp quý vị thu hồi lựa chọn tham gia chương trình chăm sóc cuối đời hoặc rời khỏi cơ sở chăm sóc cuối đời, chương trình của chúng tôi sẽ bao trả cho các loại thuốc của quý vị như đã giải thích trong tài liệu này. Để ngăn ngừa bất kỳ sự chậm trễ nào tại nhà thuốc khi quyền lợi chăm sóc cuối đời Medicare của quý vị kết thúc, quý vị nên mang theo giấy tờ đến nhà thuốc để xác minh việc thu hồi hoặc rời khỏi cơ sở của quý vị.

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

**Phần 10.1 Các chương trình nhằm giúp thành viên sử dụng thuốc một cách an toàn**

Chúng tôi tiến hành xét duyệt việc sử dụng thuốc cho các thành viên của mình để giúp đảm bảo rằng họ đang được chăm sóc an toàn và thích hợp.

**Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D**

Chúng tôi sẽ thực hiện xét duyệt mỗi khi quý vị mua thuốc kê toa. Chúng tôi cũng thường xuyên xét duyệt hồ sơ của mình. Trong quá trình xét duyệt này, chúng tôi sẽ tìm kiếm các vấn đề tiềm ẩn như:

- Các sai sót liên quan đến thuốc có thể xảy ra
- Thuốc có thể không cần thiết vì quý vị đang dùng một loại thuốc tương tự khác để điều trị cùng một tình trạng
- Thuốc có thể không an toàn hoặc không phù hợp do tuổi tác hoặc giới tính của quý vị
- Một số sự kết hợp thuốc nhất định có thể gây hại cho quý vị nếu dùng cùng lúc
- Toa thuốc được kê cho các loại thuốc có thành phần mà quý vị bị dị ứng
- Các sai sót có thể xảy ra về số lượng (liều lượng) thuốc quý vị đang dùng
- Số lượng thuốc giảm đau opioid không an toàn

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

**Phần 10.2****Chương Trình Quản Lý Thuốc (DMP) nhằm giúp các thành viên sử dụng thuốc opioid một cách an toàn**

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

- Yêu cầu quý vị mua tất cả các toa thuốc opioid hoặc benzodiazepine từ (các) nhà thuốc nhất định
- Yêu cầu quý vị mua tất cả các toa thuốc opioid hoặc benzodiazepine từ một hoặc một số người kê toa nhất định
- Giới hạn số lượng thuốc opioid hoặc benzodiazepine mà chúng tôi sẽ bao trả cho quý vị

Nếu chúng tôi có kế hoạch hạn chế cách quý vị có thể nhận những loại thuốc này hoặc số lượng quý vị có thể nhận, chúng tôi sẽ gửi thư báo trước. Bức thư 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 phải nhận toa thuốc cho những loại thuốc này từ một người kê toa hoặc nhà thuốc cụ thể hay không. Quý vị sẽ có cơ hội cho chúng tôi biết quý vị muốn sử dụng người kê toa hoặc nhà thuốc nào và bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị cho là chúng tôi cần biết. Sau khi quý vị có cơ hội phản hồi, nếu chúng tôi quyết định giới hạn bảo hiểm 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 nhầm

**Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D**

lần hoặc quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi hoặc với giới hạn này, thì quý vị và người kê toa của mình có quyền kháng cáo. Nếu quý vị kháng cáo, 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 yêu cầu của quý vị liên quan đến các giới hạn áp dụng cho việc tiếp cận thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ tự động gửi trường hợp của quý vị đến một bên xét duyệt độc lập ngoài chương trình của chúng tôi. Xem Chương 9 để biết thông tin về cách yêu cầu kháng cáo.

Quý vị sẽ không được đưa vào DMP nếu có một số tình trạng bệnh lý, chẳng hạn như cơn đau liên quan đến ung thư hoặc bệnh hồng cầu hình liềm, quý vị đang nhận dịch vụ an dưỡng cuối đời, chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc ở giai đoạn cuối đời hoặc sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.

<b>Phần 10.3</b>	<b>Chương trình Quản Lý Trị Liệu Bằng Thuốc (Medication Therapy Management, MTM) nhằm giúp thành viên quản lý thuốc</b>
------------------	---

Chúng tôi có một chương trình có thể trợ giúp các thành viên có nhu cầu chăm sóc sức khỏe hỗn hợp. Chương trình của chúng tôi được gọi là chương trình Quản Lý Trị Liệu Bằng Thuốc (Medication Therapy Management, MTM). Chương trình này mang tính tự nguyện và miễn phí. Một nhóm dược sĩ và bác sĩ đã phát triển chương trình cho chúng tôi để giúp đảm bảo cho các thành viên nhận được nhiều lợi ích nhất từ các loại thuốc họ dùng.

Một số thành viên mắc một số bệnh mãn tính nhất định và dùng thuốc vượt quá mức chi phí thuốc cụ thể, hoặc tham gia DMP để giúp các thành viên sử dụng opioid một cách an toàn, có thể nhận các dịch vụ thông qua chương trình MTM. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình, dược sĩ hoặc chuyên gia y tế khác sẽ cung cấp cho quý vị bản đánh giá toàn diện về tất cả các loại thuốc mà quý vị dùng. Trong khi đánh giá, quý vị có thể trao đổi về thuốc, chi phí mà quý vị phải trả và bất kỳ vấn đề hoặc thắc mắc nào quý vị có về thuốc kê toa và thuốc mua tự do không theo toa. Quý vị sẽ nhận được một bản tóm tắt bằng văn bản trong đó có danh sách việc cần làm được đề xuất bao gồm các bước quý vị nên thực hiện để đạt được kết quả tốt nhất từ thuốc của mình. Quý vị cũng sẽ nhận được một danh sách thuốc bao gồm tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, liều dùng và lý do quý vị dùng chúng. Ngoài ra, thành viên trong chương trình MTM sẽ nhận được thông tin về việc tiêu hủy an toàn các loại thuốc kê toa là các chất được kiểm soát.

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

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



**PHẦN 11 Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị báo cáo giải thích về các khoản thanh toán cho thuốc và giai đoạn thanh toán hiện tại của quý vị**

**Phần 11.1 Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản tóm tắt hàng tháng được gọi là *Part D Explanation of Benefits* (Bản Giải Thích Quyền Lợi Part D) (EOB Part D)**

Chương trình của chúng tôi theo dõi chi phí thuốc kê toa của quý vị và các khoản thanh toán quý vị đã thực hiện khi quý vị mua hoặc mua lại toa thuốc tại nhà thuốc. Bằng cách này, chúng tôi có thể thông báo cho quý vị biết khi quý vị đã chuyển từ giai đoạn thanh toán thuốc này sang giai đoạn thanh toán tiếp theo. Cụ thể là, có hai loại chi phí mà chúng tôi theo dõi:

- Chúng tôi theo dõi số tiền quý vị đã thanh toán. Đây được gọi là **Chi Phí Tự Trả** của quý vị. Khoản này bao gồm số tiền quý vị đã thanh toán khi nhận thuốc Part D được bao trả, bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của quý vị được gia đình hoặc bạn bè thực hiện, và bất kỳ khoản thanh toán nào cho thuốc của quý vị được thực hiện bằng “Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare, các chương trình sức khỏe của nghiệp đoàn hoặc chủ lao động, TRICARE, Dịch Vụ Y Tế dành cho Người Da Đỏ, các chương trình hỗ trợ thuốc AIDS, các tổ chức từ thiện và hầu hết các Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Của Tiểu Bang (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- Chúng tôi theo dõi **Tổng Chi Phí Thuốc** của quý vị. Đây là tổng số tiền thanh toán cho thuốc Part D được bao trả của quý vị. Khoản tiền này bao gồm số tiền chương trình đã trả, số tiền quý vị đã trả và số tiền các chương trình hoặc tổ chức khác đã trả cho thuốc Part D được bao trả của quý vị.

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

- **Thông tin cho tháng đó.** Báo cáo này cung cấp chi tiết thanh toán về các toa thuốc quý vị đã mua trong tháng trước. Báo cáo cho biết tổng chi phí thuốc, số tiền mà chương trình đã thanh toán, và số tiền mà quý vị và những người khác thay mặt quý vị đã thanh toán.
- **Tổng các chi phí trong năm kể từ ngày 1 tháng 1.** Đây được gọi là thông tin từ đầu năm đến nay. Thông tin này cho quý vị biết tổng chi phí thuốc và tổng số tiền thanh toán cho thuốc của quý vị kể từ đầu năm.
- **Thông tin giá thuốc.** Thông tin này sẽ cho biết tổng giá thuốc và thông tin về mức tăng giá so với lần mua đầu tiên cho mỗi yêu cầu thanh toán thuốc kê toa có cùng số lượng.
- **Các toa thuốc thay thế có sẵn với chi phí thấp hơn.** Trong đó sẽ bao gồm thông tin về các loại thuốc khác có sẵn với mức chia sẻ chi phí thấp hơn cho mỗi yêu cầu thanh toán thuốc kê toa.

**Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D**

**Phần 11.2                      Giúp chúng tôi cập nhật thông tin về các khoản thanh toán thuốc của quý vị**

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

- **Xuất trình thẻ thành viên của quý vị mỗi khi mua thuốc kê toa.** Điều này giúp chúng tôi biết chắc các toa thuốc quý vị đang mua và số tiền quý vị đang thanh toán.
- **Đảm bảo rằng chúng tôi có thông tin chúng tôi cần.** Đôi khi quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí của một loại thuốc kê toa. Trong những trường hợp này, chúng tôi sẽ không tự động thu thập thông tin cần thiết để theo dõi chi phí tự trả của quý vị. Để giúp chúng tôi theo dõi các khoản chi phí tự trả của quý vị, quý vị có thể cung cấp cho chúng tôi bản sao các hóa đơn. Dưới đây là các ví dụ về thời điểm quý vị nên cung cấp cho chúng tôi bản sao các hóa đơn thuốc của mình:
  - Khi quý vị mua thuốc được bao trả tại nhà thuốc trong mạng lưới với giá đặc biệt hoặc sử dụng thẻ giảm giá không nằm trong quyền lợi của chương trình của chúng tôi.
  - Khi quý vị thực hiện khoản đồng thanh toán cho các loại thuốc được cung cấp theo chương trình hỗ trợ bệnh nhân của nhà sản xuất thuốc.
  - Bất cứ lúc nào quý vị mua thuốc được bao trả tại các nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc những lần khác khi quý vị đã thanh toán giá đầy đủ cho một loại thuốc được bao trả trong những trường hợp đặc biệt.
- **Gửi cho chúng tôi thông tin về các khoản thanh toán mà người khác đã thực hiện cho quý vị.** Các khoản thanh toán do một số cá nhân và tổ chức khác thực hiện cũng được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Ví dụ: các khoản thanh toán do chương trình hỗ trợ thuốc AIDS (ADAP), Dịch Vụ Y Tế dành cho Người Da Đỏ (Indian Health Service) và hầu hết các tổ chức từ thiện chi trả đều được tính vào chi phí tự trả của quý vị. Hãy lưu hồ sơ các khoản thanh toán này và gửi cho chúng tôi để chúng tôi có thể theo dõi chi phí của quý vị.
- **Kiểm tra báo cáo bằng văn bản mà chúng tôi gửi cho quý vị.** Khi quý vị nhận được EOB Part D, vui lòng xem qua để đảm bảo thông tin đầy đủ và chính xác. Nếu quý vị cho rằng báo cáo còn thiếu hoặc quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của chúng tôi. Hãy đảm bảo cất giữ các báo cáo này.

**PHẦN 12                      Thông tin quyền lợi bổ sung**

1. Que thử và máy đo đường huyết được giới hạn cho các nhà sản xuất ưu tiên của chương trình. *Tất cả vật tư và/hoặc thiết bị y tế phải được cung cấp và sắp xếp thông qua Nhà Thuốc Bán Lẻ Trong Mạng Lưới.*
2. Các hợp chất được giới hạn ở lượng thuốc dùng trong 30 ngày.

**Chương 5 Sử dụng bảo hiểm của chương trình cho các loại thuốc kê toa Part D**

3. Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) không xem xét các loại bột và hóa chất số lượng lớn; do đó, chúng không đáp ứng định nghĩa về thuốc Part D và không được bao trả.
4. Ghi đề kỳ nghỉ được giới hạn trong 30 ngày.

# CHƯƠNG 6:

*Số tiền quý vị thanh toán cho các loại thuốc kê toa Part D*



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

Vì quý vị đủ điều kiện tham gia Oregon Health Plan (Medicaid) nên quý vị cũng đủ điều kiện nhận cũng như đang được nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” từ Medicare để thanh toán cho các chi phí của chương trình thuốc kê toa. Vì quý vị đang tham gia chương trình “Trợ Giúp Bổ Sung” nên **một số thông tin về chi phí thuốc kê toa Part D trong *Chứng Từ Bảo Hiểm* này có thể không áp dụng cho quý vị.** Chúng tôi đã gửi cho quý vị tờ thông tin riêng, gọi là *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Điều Khoản Bổ Sung Chứng Từ Bảo Hiểm dành cho Người Nhận Trợ Giúp Bổ Sung để Thanh Toán cho Thuốc Kê Toa) (còn gọi là Low Income Subsidy Rider (Điều Khoản Bổ Sung về Trợ Cấp cho Người có Thu Nhập Thấp) hoặc LIS Rider (Điều Khoản Bổ Sung LIS)) để cho quý vị biết về khoản bao trả thuốc của quý vị. Nếu quý vị không có phụ trang này, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng và yêu cầu LIS Rider (Điều Khoản Bổ Sung LIS).

## CHƯƠNG 7:

*Yêu cầu chúng tôi thanh toán cho  
hóa đơn mà quý vị nhận được cho  
các dịch vụ y tế hoặc thuốc được  
bao trả*

**Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ cho hóa đơn mà quý vị nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả**

---

**PHẦN 1 Các trường hợp mà quý vị nên yêu cầu chúng tôi thanh toán cho các dịch vụ hoặc thuốc được bao trả của quý vị**

---

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

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

Đôi khi quý vị có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp cho toàn bộ chi phí của dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận hoặc số tiền trên hóa đơn có thể nhiều hơn khoản chia sẻ chi phí của quý vị như đã thảo luận trong tài liệu này. Đầu tiên hãy cố gắng giải quyết hóa đơn với nhà cung cấp. Nếu không thể thực hiện, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi thay vì thanh toán. Chúng tôi sẽ xem xét hóa đơn và quyết định xem có nên bao trả các dịch vụ hay không. Nếu chúng tôi quyết định bao trả cho các dịch vụ đó, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp. Nếu chúng tôi quyết định không thanh toán, chúng tôi sẽ thông báo cho nhà cung cấp. Quý vị không bao giờ nên trả nhiều hơn mức chia sẻ chi phí theo kế hoạch cho phép. Nếu nhà cung cấp này được ký hợp đồng, quý vị vẫn có quyền điều trị.

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

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

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

- Nếu quý vị tự thanh toán toàn bộ số tiền tại thời điểm nhận dịch vụ chăm sóc, vui lòng yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn, cùng với tài liệu về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.

**Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ cho hóa đơn mà quý vị nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả**

- Quý vị có thể nhận được hóa đơn từ nhà cung cấp yêu cầu thanh toán khoản tiền mà quý vị cho rằng mình không còn nợ. Hãy gửi cho chúng tôi hóa đơn này, cùng với tài liệu về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện.
  - Nếu còn khoản nợ nào với nhà cung cấp, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
  - Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ, chúng tôi sẽ hoàn trả cho quý vị.

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

Các nhà cung cấp trong mạng lưới luôn phải lập hóa đơn trực tiếp cho chương trình. Nhưng đôi khi họ sẽ nhầm lẫn và yêu cầu quý vị thanh toán nhiều hơn phần chia sẻ chi phí của quý vị.

- Bất cứ khi nào quý vị nhận được hóa đơn từ một nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp và giải quyết vấn đề lập hóa đơn.
- Nếu quý vị đã thanh toán hóa đơn cho nhà cung cấp trong mạng lưới, hãy gửi hóa đơn cho chúng tôi cùng với tài liệu về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện. Quý vị nên yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị khoản chênh lệch giữa số tiền quý vị đã thanh toán và số tiền quý vị phải thanh toán theo chương trình.

**3. Nếu quý vị đã ghi danh hồi tố vào chương trình của chúng tôi**

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

Nếu quý vị đã ghi danh hồi tố vào chương trình của chúng tôi và đã thanh toán chi phí tự trả cho bất kỳ dịch vụ hoặc thuốc được bao trả nào của mình sau ngày ghi danh thì quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị. Quý vị sẽ cần phải nộp các giấy tờ như biên lai và hóa đơn để chúng tôi xử lý việc bồi hoàn.

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

Nếu quý vị đến một nhà thuốc ngoài mạng lưới thì nhà thuốc đó không thể gửi yêu cầu thanh toán trực tiếp cho chúng tôi. Trong trường hợp này, quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc của mình.

Lưu biên lai của quý vị và gửi một bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị. Xin lưu ý rằng chúng tôi chỉ bao trả các nhà thuốc ngoài mạng lưới trong một số trường hợp hạn chế. Xem Chương 5, Phần 2.5 về thảo luận những trường hợp này.

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

Nếu quý vị không mang theo thẻ thành viên chương trình, quý vị có thể yêu cầu nhà thuốc gọi cho chương trình hoặc tra cứu thông tin ghi danh chương trình của quý vị. Tuy nhiên, nếu nhà thuốc không thể nhận được thông tin ghi danh mà họ cần ngay lập tức, quý vị có thể phải



**Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ cho hóa đơn mà quý vị nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả**

tự thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc. Lưu biên lai của quý vị và gửi một bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị. Chúng tôi có thể không hoàn lại cho quý vị toàn bộ chi phí quý vị đã trả nếu giá mà quý vị trả bằng tiền mặt cao hơn giá thương lượng của chúng tôi đối với toa thuốc.

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

Quý vị có thể thanh toán toàn bộ chi phí toa thuốc vì quý vị nhận thấy rằng thuốc không được bao trả vì lý do nào đó.

- Ví dụ: thuốc có thể không có trong Danh Sách Thuốc của chương trình; hoặc có thể có yêu cầu hoặc hạn chế mà quý vị không biết hoặc không cho rằng nên áp dụng đối với quý vị. Nếu quý vị quyết định mua thuốc ngay lập tức, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho toa thuốc đó.
- Lưu biên lai của quý vị và gửi một bản sao cho chúng tôi khi quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho quý vị. Trong một số tình huống, chúng tôi có thể cần thu thập thêm thông tin từ bác sĩ của quý vị để hoàn trả chi phí thuốc cho quý vị. Chúng tôi có thể không hoàn lại cho quý vị toàn bộ chi phí quý vị đã trả nếu giá mà quý vị trả bằng tiền mặt cao hơn giá thương lượng của chúng tôi đối với toa thuốc.

Khi quý vị gửi cho chúng tôi một yêu cầu thanh toán, chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu đó và quyết định xem có nên bao trả cho dịch vụ hoặc thuốc trong yêu cầu đó hay không. Quy trình này được gọi là ra **quyết định bao trả**. Nếu quyết định bao trả, chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị thì quý vị có thể kháng cáo quyết định chúng tôi đưa ra. Chương 9 của tài liệu này có thông tin về cách kháng cáo.

---

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

---

**Phần 2.1 Cách thức và địa chỉ gửi yêu cầu thanh toán**

Quý vị có thể đề nghị chúng tôi trả lại tiền cho quý vị bằng cách gửi văn bản yêu cầu. Nếu quý vị gửi yêu cầu bằng văn bản, gửi cùng với hóa đơn và tài liệu về bất kỳ khoản thanh toán nào quý vị đã thực hiện. Quý vị nên tạo một bản sao hóa đơn và biên lai để lưu hồ sơ. **Quý vị phải gửi yêu cầu của mình cho chúng tôi trong vòng 12 tháng** kể từ ngày quý vị nhận dịch vụ, vật dụng hoặc thuốc.

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

- Quý vị không phải sử dụng (các) biểu mẫu, nhưng nó sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin nhanh hơn.
- Tải bản sao của biểu mẫu từ trang web của chúng tôi ([www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms)) hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng và yêu cầu biểu mẫu.

**Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ cho hóa đơn mà quý vị nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả**

- Đối với các yêu cầu về thuốc kê toa, vui lòng gửi cùng các thông tin sau: tên nhà thuốc, địa chỉ và số điện thoại; số toa thuốc; ngày cung cấp dịch vụ; tên thuốc; mã thuốc quốc gia (national drug code, NDC); số lượng và ngày cung cấp; tên nhà cung cấp; và chi phí/trách nhiệm của thành viên.
- Đối với các yêu cầu về Dịch Vụ Y Tế, Sức Khỏe Hành Vi, vui lòng gửi cùng những thông tin sau: tên, địa chỉ và số điện thoại của nhà cung cấp; Mã số thuế; ngày sử dụng dịch vụ; chẩn đoán; mô tả vật dụng và mã quy trình nếu có; bất kỳ hồ sơ y tế nào liên quan đến dịch vụ; số tiền được tính và đã thanh toán.

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

<b>Yêu Cầu về Dịch Vụ Y Tế</b>	<b>Yêu Cầu về Thuốc Kê Toa Part D</b>
Providence Health Assurance Attn: Claims P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125	Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125

**PHẦN 3 Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu thanh toán của quý vị và đưa ra quyết định đồng ý hay không**

**Phần 3.1 Chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu chúng tôi có nên bao trả cho dịch vụ hoặc thuốc hay không**

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

- Nếu chúng tôi xác định rằng dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc được bao trả và quý vị đã tuân theo tất cả các quy tắc, thì chúng tôi sẽ thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Nếu quý vị đã thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi khoản bồi hoàn phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho quý vị qua đường bưu điện. Nếu đã thanh toán toàn bộ chi phí cho một loại thuốc, quý vị có thể không được bồi hoàn toàn bộ số tiền đã trả (ví dụ: nếu quý vị mua thuốc tại nhà thuốc ngoài mạng lưới hoặc nếu giá trả bằng tiền mặt cho thuốc cao hơn giá thương lượng của chúng tôi). Nếu quý vị chưa thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc, chúng tôi sẽ gửi khoản thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ qua đường bưu điện.
- Nếu chúng tôi xác định rằng dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc *không* được bao trả hoặc quý vị đã *không* tuân theo tất cả các quy tắc, thì chúng tôi sẽ không thanh toán cho dịch vụ hoặc thuốc đó. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư giải thích lý do tại sao chúng tôi không gửi khoản thanh toán và quyền kháng cáo quyết định đó của quý vị.

**Chương 7 Yêu cầu chúng tôi thanh toán phần chia sẻ cho hóa đơn mà quý vị nhận được cho các dịch vụ y tế hoặc thuốc được bao trả**

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

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

# CHƯƠNG 8:

*Quyền và trách nhiệm của quý vị*

---

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

---

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

Chương trình của quý vị được yêu cầu để đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách phù hợp về văn hóa và có thể tiếp cận được với tất cả những người ghi danh, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Một chương trình có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này thông qua các cách thức bao gồm nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ dịch thuật, dịch vụ thông dịch viên, máy điện báo ghi chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại nhắn tin hoặc máy đánh chữ).

Chương trình của chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời câu hỏi của các thành viên không nói tiếng Anh. Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt và tiếng Nga. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ nổi Braille, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi được yêu cầu phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình ở định dạng có thể truy cập được và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.

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

Nếu các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình cung cấp một chuyên khoa không có sẵn, thì chương trình có trách nhiệm xác định các nhà cung cấp chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ phải thanh toán chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị thấy không thể tìm được bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chương trình cung cấp dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi cho chương trình để biết thông tin về nơi cần đến để nhận dịch vụ này với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng có thể truy cập được và phù hợp với quý vị, vui lòng gọi để phàn nàn với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (TTY: 711). Quý vị cũng có thể khiếu nại đến Medicare bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc khiếu nại trực tiếp đến Văn Phòng Dân Quyền bằng cách gọi tới số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

<b>Sección 1.1</b>	<b>Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y conforme a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)</b>
--------------------	---

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos preferisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español, vietnamita y ruso. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio al cliente.

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

Si los proveedores de una especialidad determinada no se encuentran disponibles en la red del plan, es responsabilidad del plan localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, comuníquese con el plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante Servicio al cliente al 503-574-8000 o 1-800-603-2340 (TTY: 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

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

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

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

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist, or finding a network specialist, please call to file a grievance with Customer Service at 503-574-8000 or 1-800-603-2340 (TTY: 711). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights by calling 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

---

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

---

<b>Раздел 1.1</b>	<b>Мы должны предоставлять информацию в удобном для вас виде и с учётом ваших культурных особенностей (на языках, отличных от английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в других альтернативных форматах и т. д.)</b>
-------------------	---

Ваш план обязан обеспечить, чтобы все услуги, как клинические, так и неклинические, предоставлялись с учётом культурных особенностей и были доступны для всех участников плана, включая тех, кто плохо владеет английским языком, имеет ограниченные навыки чтения, плохо слышит или имеет различное культурное и этническое происхождение. Примеры того, как план может выполнить эти требования доступности, включают, но не ограничиваются предоставлением услуг переводчика, устного переводчика, телетайпа или подключения ТТУ (текстового телефона или телетайпа).

В нашем плане предусмотрены бесплатные услуги переводчиков, которые могут ответить на вопросы участников, не говорящих по-английски. Этот документ доступен бесплатно на испанском, вьетнамском и русском языках. Мы также можем бесплатно предоставить вам информацию, напечатанную шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах, если вам это необходимо. Мы обязаны предоставлять вам информацию о льготах плана в доступном и подходящем для вас формате. Чтобы получить от нас информацию в удобном для вас формате, обратитесь в службу поддержки клиентов.

Наш план обязан предоставлять женщинам возможность прямого доступа к специалисту по женскому здоровью в рамках сети для получения плановых и профилактических медицинских услуг.

Если поставщики, входящие в сеть плана по какой-либо специальности, недоступны, план несёт ответственность за поиск поставщиков, не входящих в сеть плана, которые предоставят вам необходимую помощь. В этом случае вы будете оплачивать только расходы по схеме обслуживания в сети. Если вы оказались в ситуации, когда в сети плана нет специалистов, покрывающих необходимую вам услугу, позвоните в план и узнайте, куда можно обратиться, чтобы получить эту услугу на условиях распределения расходов в сети.

Если у вас возникли проблемы с получением информации от нашего плана в доступном и подходящем для вас формате, посещением специалиста по женскому здоровью или поиском сетевого специалиста, обратитесь с жалобой в службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (TTY: 711). Вы также можете подать жалобу в Medicare, позвонив по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) или непосредственно в Управление по гражданским правам, позвонив по телефону 1-800-368-1019 или TTY 1-800-537-7697.



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

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

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

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

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

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

- Thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị bao gồm **thông tin cá nhân** mà quý vị đã cung cấp cho chúng tôi khi ghi danh vào chương trình này cũng như hồ sơ y tế của quý vị và các thông tin y tế và sức khỏe khác.
- Quý vị có các quyền liên quan đến thông tin của quý vị và kiểm soát cách thông tin sức khỏe của quý vị được sử dụng. Chúng tôi gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản, được gọi là *Notice of Privacy Practice* (Thông Báo Thực Hành Bảo Vệ Quyền Riêng Tư), cho biết về các quyền này và giải thích cách chúng tôi bảo vệ tính riêng tư về thông tin sức khỏe của quý vị.

**Làm thế nào để chúng tôi bảo vệ tính riêng tư về thông tin sức khỏe của quý vị?**

- Chúng tôi đảm bảo rằng những người không được phép sẽ không thể xem hoặc thay đổi hồ sơ của quý vị.
- Trừ trường hợp cần lưu ý dưới đây, nếu chúng tôi cung cấp thông tin sức khỏe của quý vị cho bất kỳ ai không cung cấp dịch vụ chăm sóc hoặc thanh toán chi phí chăm sóc cho quý vị, *thì chúng tôi phải xin phép quý vị hoặc một người mà quý vị ủy quyền hợp pháp để đưa ra quyết định trước cho quý vị*.
- Trong một số trường hợp ngoại lệ, chúng tôi không cần phải xin phép quý vị trước bằng văn bản. Các trường hợp ngoại lệ này được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu.
  - Chúng tôi phải cung cấp thông tin sức khỏe cho các cơ quan chính phủ phụ trách kiểm tra chất lượng dịch vụ chăm sóc.

- Bởi vì quý vị là thành viên của chương trình chúng tôi thông qua Medicare, chúng tôi buộc phải cung cấp cho Medicare thông tin sức khỏe của quý vị, trong đó có thông tin về các loại thuốc kê toa Part D của quý vị. Nếu Medicare tiết lộ thông tin của quý vị cho nghiên cứu hoặc sử dụng cho các mục đích khác, thì việc này sẽ được thực hiện theo các quy chế và quy định của Liên Bang; thông thường, điều này yêu cầu không chia sẻ thông tin nhận dạng cụ thể của quý vị.

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

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

Quý vị có quyền biết thông tin sức khỏe của mình đã được chia sẻ với những người khác ra sao cho bất kỳ mục đích không thường xuyên nào.

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc thắc mắc về tính bảo mật của thông tin sức khỏe cá nhân của mình, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.

Phạm vi toàn diện của các thực tiễn về quyền riêng tư của chúng tôi được mô tả trong Notice of Privacy Practice” (Thông Báo Thực Hành Bảo Vệ Quyền Riêng Tư) của chúng tôi có tại [www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices) và ở phần cuối sổ tay thành viên mới của quý vị.

Quý vị cần biết rằng thông tin về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị được bảo vệ và bảo mật. Providence Health Assurance tôn trọng quyền riêng tư của các thành viên của chúng tôi và rất cần trọng khi quyết định thời điểm thích hợp để chia sẻ các thông tin về sức khỏe. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem Thông báo có tại [www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices).

<b>Phần 1.4</b>	<b>Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về chương trình, mạng lưới các nhà cung cấp và các dịch vụ được bao trả của quý vị</b>
-----------------	--

Là thành viên của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), quý vị có quyền nhận một số loại thông tin từ chúng tôi.

Nếu quý vị muốn có bất kỳ loại thông tin nào, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng:

- **Thông tin về chương trình của chúng tôi.** Bao gồm, ví dụ, thông tin về tình trạng tài chính của chương trình.
- **Thông tin về các nhà cung cấp và các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.** Quý vị có quyền nhận thông tin từ chúng tôi về trình độ chuyên môn của các nhà cung cấp và

các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi và cách chúng tôi thanh toán cho các nhà cung cấp trong mạng lưới.

- **Thông tin về bảo hiểm của quý vị và các quy tắc quý vị phải tuân theo khi sử dụng bảo hiểm của mình.** Chương 3 và 4 cung cấp cho quý vị thông tin liên quan đến các dịch vụ y tế. Chương 5 và 6 cung cấp cho quý vị thông tin về bảo hiểm thuốc kê toa part D.
- **Thông tin về lý do tại sao một mục nào đó không được bao trả và quý vị có thể làm gì khi đó.** Chương 9 cung cấp cho quý vị thông tin về cách yêu cầu chúng tôi giải thích bằng văn bản nếu một dịch vụ y tế hoặc thuốc Part D không được bao trả hoặc nếu bảo hiểm của quý vị bị hạn chế. Chương 9 cũng cung cấp thông tin về cách yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định, còn được gọi là kháng cáo.

<b>Phần 1.5</b>	<b>Chúng tôi phải ủng hộ quyền đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc của quý vị</b>
-----------------	---

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

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

Quý vị cũng có quyền tham gia đầy đủ vào các quyết định về chăm sóc sức khỏe của quý vị. Để giúp quý vị đưa ra quyết định với bác sĩ về cách điều trị tốt nhất cho quý vị, các quyền của quý vị bao gồm như sau:

- **Được biết rõ tất cả các lựa chọn của quý vị.** Quý vị có quyền được thông báo về tất cả các lựa chọn điều trị được đề xuất cho tình trạng của quý vị, bất kể chi phí hoặc có được chương trình của chúng tôi bao trả hay không. Trong đó cũng bao gồm quyền được thông báo về các chương trình mà chương trình của chúng tôi cung cấp để giúp các thành viên quản lý thuốc của mình và sử dụng thuốc một cách an toàn.
- **Được biết rõ về những rủi ro.** Quý vị có quyền được thông báo về bất kỳ rủi ro nào liên quan đến việc chăm sóc của quý vị. Quý vị phải được thông báo trước nếu bất kỳ dịch vụ chăm sóc hoặc điều trị y tế nào được đề xuất thuộc phạm vi thử nghiệm nghiên cứu. Quý vị luôn có quyền lựa chọn từ chối bất kỳ phương pháp điều trị thử nghiệm nào.
- **Quyền “từ chối”.** Quý vị có quyền từ chối bất kỳ phương pháp điều trị nào được đề nghị. Điều này bao gồm quyền rời khỏi bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác, ngay cả khi bác sĩ của quý vị khuyên quý vị ở lại. Quý vị cũng có quyền ngừng dùng thuốc. Tất nhiên, nếu quý vị từ chối điều trị hoặc ngừng dùng thuốc, quý vị hoàn toàn chịu trách nhiệm về những gì xảy ra với cơ thể mình.

## **Quý vị có quyền đưa ra hướng dẫn về những việc phải làm nếu quý vị không thể đưa ra quyết định y tế cho chính mình**

Đôi khi mọi người không thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân do tai nạn hoặc bệnh tật nghiêm trọng. Quý vị có quyền nói những gì quý vị muốn xảy ra nếu quý vị ở trong tình huống này. Điều này có nghĩa là, *nếu quý vị muốn*, quý vị có thể:

- **Điền vào một biểu mẫu bằng văn bản để ủy quyền hợp pháp cho người nào đó đưa ra quyết định y tế cho quý vị** nếu quý vị không thể đưa ra quyết định cho chính mình.
- **Cung cấp cho bác sĩ của quý vị văn bản hướng dẫn** về cách quý vị muốn được chăm sóc y tế nếu quý vị không thể đưa ra quyết định cho chính mình.

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

**Nếu muốn sử dụng một chỉ dẫn trước để đưa ra chỉ dẫn của mình, quý vị cần thực hiện những bước sau:**

- **Lấy biểu mẫu.** Quý vị có thể lấy một biểu mẫu chỉ dẫn trước từ luật sư của mình, từ nhân viên xã hội hoặc từ một số cửa hàng cung cấp đồ dùng văn phòng. Đôi khi quý vị có thể nhận các mẫu chỉ dẫn trước từ các tổ chức cung cấp cho mọi người thông tin về Medicare.
- **Điền vào và ký tên.** Bất kể quý vị nhận được biểu mẫu này ở đâu, hãy nhớ rằng đó là một tài liệu pháp lý. Quý vị nên cân nhắc nhờ luật sư giúp quý vị điền đơn.
- **Đưa bản sao cho những người thích hợp.** Quý vị nên đưa một bản sao biểu mẫu cho bác sĩ của mình và cho người mà quý vị ghi tên trên biểu mẫu để ra quyết định cho quý vị nếu quý vị không thể. Quý vị cũng có thể đưa bản sao cho bạn bè thân thiết hoặc các thành viên trong gia đình. Hãy giữ một bản sao ở nhà.

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

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

**Hãy nhớ, việc có muốn điền vào một chỉ dẫn trước hay không chính là lựa chọn của quý vị** (bao gồm cả việc quý vị có muốn ký một chỉ dẫn nếu quý vị đang ở bệnh viện hay không). Theo luật, không ai có thể từ chối chăm sóc quý vị hoặc phân biệt đối xử với quý vị dựa trên việc quý vị có ký một chỉ dẫn trước hay không.

## Điều gì xảy ra nếu hướng dẫn của quý vị không được tuân theo?

Nếu quý vị đã ký vào một chỉ dẫn trước và quý vị cho rằng bác sĩ hoặc bệnh viện đã không tuân theo các hướng dẫn trong đó, thì quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên:

Oregon Health Authority  
Health Care Regulation and Quality Improvement  
800 NE Oregon Street, Suite 465  
Portland, OR 97232  
Số điện thoại: 971-673-0540  
TTY: 711

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

Nếu quý vị có bất kỳ vấn đề, thắc mắc hoặc than phiền nào và cần yêu cầu bảo hiểm hoặc khiếu nại, Chương 9 của tài liệu này sẽ cho quý vị biết quý vị có thể làm gì. Dù quý vị làm gì – yêu cầu quyết định bao trả, kháng cáo hay khiếu nại – **chúng tôi đều có nghĩa vụ đối xử công bằng với quý vị.**

<b>Phần 1.7</b>	<b>Quý vị có thể làm gì nếu quý vị tin rằng quý vị đang bị đối xử bất công hoặc các quyền của quý vị không được tôn trọng?</b>
-----------------	--

### Nếu đó là trường hợp phân biệt đối xử, hãy gọi cho Văn Phòng Dân Quyền

Nếu quý vị cho rằng mình bị đối xử bất công hoặc các quyền của quý vị không được tôn trọng do chủng tộc, khuyết tật, tôn giáo, giới tính, sức khỏe, dân tộc, tín ngưỡng, tuổi tác, khuynh hướng tình dục, hoặc nguồn gốc quốc gia, hãy gọi cho **Văn Phòng Dân Quyền** thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697 hoặc gọi cho Văn Phòng Dân Quyền tại địa phương của quý vị.

### Nó liên quan đến một trường hợp khác?

Nếu quý vị tin rằng quý vị bị đối xử bất công hoặc các quyền của quý vị không được tôn trọng, và đó *không phải* là trường hợp phân biệt đối xử, quý vị có thể xin hỗ trợ giải quyết vấn đề quý vị đang gặp phải:

- Quý vị có thể **gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.**
- Quý vị có thể **gọi SHIP.** Để biết thêm chi tiết, vui lòng xem Chương 2, Phần 3.
- Hoặc, **quý vị có thể gọi cho Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần (TTY 1-877-486-2048).

## Phần 1.8 Cách nhận thêm thông tin về các quyền của quý vị

Có một số nơi mà quý vị có thể biết thêm thông tin về các quyền của mình:

- Quý vị có thể **gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng**.
- Quý vị có thể **gọi SHIP**. Để biết thêm chi tiết, vui lòng xem Chương 2, Phần 3.
- Quý vị có thể liên hệ với **Medicare**.
  - Quý vị có thể truy cập trang web của Medicare để đọc hoặc tải xuống ấn phẩm *Medicare Rights & Protections*. (Ấn phẩm có tại: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)
  - Hoặc, quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần (TTY 1-877-486-2048).

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

Những điều quý vị cần làm với tư cách là thành viên của chương trình được liệt kê dưới đây. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.

- **Làm quen với các dịch vụ được bao trả cho quý vị và các quy tắc quý vị phải tuân theo để nhận được các dịch vụ được bao trả này.** Sử dụng *Chứng Từ Bảo Hiểm* để tìm hiểu những khoản được bao trả cho quý vị và các quy tắc quý vị cần tuân theo để nhận các dịch vụ được bao trả.
  - Chương 3 và 4 cung cấp thông tin chi tiết về các dịch vụ y tế của quý vị.
  - Chương 5 và 6 cung cấp thông tin chi tiết về bảo hiểm thuốc kê toa Part D.
- **Nếu quý vị có bất kỳ bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc kê toa nào khác ngoài chương trình của chúng tôi, quý vị phải cho chúng tôi biết.** Chương 1 sẽ hướng dẫn quý vị cách phối hợp những quyền lợi này.
- **Cho bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác biết rằng quý vị đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi.** Xuất trình thẻ thành viên chương trình của quý vị và thẻ Oregon Health Plan (Medicaid) bất cứ khi nào quý vị nhận dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc kê toa Part D.
- **Tạo điều kiện cho bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp khác giúp đỡ quý vị bằng cách cung cấp cho họ thông tin, đặt câu hỏi và theo dõi quá trình chăm sóc của quý vị.**
  - Để có được dịch vụ chăm sóc tốt nhất, hãy cung cấp cho các bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông tin cần thiết về các vấn đề sức khỏe của quý vị. Tuân theo các kế hoạch điều trị và các chỉ dẫn mà quý vị và bác sĩ của quý vị đã thống nhất.

**Chương 8 Quyền và trách nhiệm của quý vị**

- Đảm bảo rằng bác sĩ của quý vị biết tất cả các loại thuốc quý vị đang dùng, bao gồm cả thuốc không kê toa, vitamin và thực phẩm chức năng.
- Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng đặt câu hỏi để được giải đáp.
- **Hãy quan tâm.** Chúng tôi mong muốn tất cả các thành viên của chúng tôi tôn trọng quyền của những bệnh nhân khác. Chúng tôi cũng mong muốn quý vị hành động theo cách giúp cho phòng mạch bác sĩ, bệnh viện và các văn phòng khác hoạt động trơn tru.
- **Thanh toán những gì cần trả.** Là một thành viên của chương trình, quý vị chịu trách nhiệm cho các khoản thanh toán này:
  - Quý vị phải duy trì thanh toán phí bảo hiểm Medicare để tiếp tục làm thành viên của chương trình.
  - Nếu buộc phải thanh toán số tiền bổ sung cho Part D do có mức thu nhập cao hơn (theo thông tin khai báo trong tờ khai thuế gần đây nhất), quý vị phải tiếp tục thanh toán trực tiếp số tiền bổ sung này cho chính phủ để duy trì tư cách thành viên trong chương trình.
- **Nếu quý vị chuyển đi trong phạm vi khu vực dịch vụ của chúng tôi, chúng tôi vẫn cần biết** để có thể cập nhật hồ sơ thành viên của quý vị và biết cách liên hệ với quý vị.
- **Nếu quý vị chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình chúng tôi, quý vị sẽ không thể tiếp tục là thành viên của chương trình chúng tôi.**
- Nếu quý vị chuyển đi, vui lòng thông báo cho Sở An Sinh Xã Hội (hoặc Ban Hưu Trí Hòa Xa).

## CHƯƠNG 9:

*Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề  
hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao  
trả, kháng cáo, khiếu nại)*



**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

**PHẦN 1 Giới thiệu**

**Phần 1.1 Phải làm gì nếu quý vị có vấn đề hoặc thắc mắc**

Chương này giải thích các quy trình xử lý vấn đề và thắc mắc. Quy trình quý vị sẽ sử dụng để xử lý vấn đề phụ thuộc vào hai yếu tố:

1. Vấn đề của quý vị liên quan đến quyền lợi được **Medicare** bao trả hay quyền lợi được **Oregon Health Plan (Medicaid)** bao trả. Nếu quý vị cần được trợ giúp trong việc xác định xem nên sử dụng quy trình của Medicare hay Medicaid, hay cả hai, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.
2. Loại vấn đề mà quý vị đang gặp phải:
  - Đối với một số vấn đề, quý vị cần sử dụng **quy trình cho quyết định bao trả và kháng cáo**.
  - Đối với các vấn đề khác, quý vị cần sử dụng **quy trình khiếu nại**; còn được gọi là phản nàn.

Các quy trình này đã được Medicare chấp thuận. Mỗi quy trình có một bộ quy tắc, thủ tục và thời hạn mà chúng tôi và quý vị phải tuân theo.

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

**Phần 1.2 Các thuật ngữ pháp lý thì sao?**

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

- Sử dụng các từ đơn giản hơn thay cho các thuật ngữ pháp lý nhất định. Ví dụ: chương này nói chung về việc đưa ra khiếu nại thay vì phản nàn, quyết định bao trả thay vì quyết định của tổ chức hoặc quyết định bao trả hoặc xác định rủi ro và tổ chức xét duyệt độc lập thay vì Pháp Nhân Xét Duyệt Độc Lập.
- Chương này cũng sử dụng ít chữ viết tắt nhất có thể.

Tuy nhiên, việc biết các thuật ngữ pháp lý chính xác có thể giúp ích và đôi khi khá quan trọng với quý vị. Việc biết cần sử dụng thuật ngữ nào sẽ giúp quý vị giao tiếp chính xác hơn để nhận được trợ giúp hoặc thông tin phù hợp cho tình huống của quý vị. Để giúp quý vị biết nên sử dụng thuật ngữ nào, chúng tôi sẽ đưa vào các thuật ngữ pháp lý khi chúng tôi cung cấp thông tin chi tiết về cách xử lý các loại tình huống cụ thể.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

**PHẦN 2 Nơi nhận thêm thông tin và hỗ trợ cá nhân hóa**

Chúng tôi luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị. Ngay cả khi quý vị có khiếu nại về cách xử trí của chúng tôi với quý vị, chúng tôi có nghĩa vụ tôn trọng quyền khiếu nại của quý vị. Do đó, quý vị nên thường xuyên liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng để được trợ giúp. Nhưng trong một số trường hợp, quý vị cũng có thể cần sự giúp đỡ hoặc hướng dẫn từ một ai đó không liên kết với chúng tôi. Dưới đây là hai đơn vị có thể hỗ trợ quý vị.

**Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (SHIP)**

Mỗi tiểu bang có một chương trình của chính phủ với các tư vấn viên được đào tạo. Chương trình không liên kết với chúng tôi hoặc với bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào. Các tư vấn viên của chương trình này có thể giúp quý vị hiểu nên sử dụng quy trình nào để xử lý vấn đề quý vị đang gặp phải. Họ cũng có thể trả lời câu hỏi của quý vị, cung cấp cho quý vị thêm thông tin và hướng dẫn những việc cần làm.

Các dịch vụ của tư vấn viên SHIP là miễn phí. Quý vị sẽ tìm thấy các số điện thoại và đường dẫn URL của trang web trong Chương 2, Phần 3 của tài liệu này.

**Medicare**

Quý vị cũng có thể liên hệ với Medicare để nhận trợ giúp. Để liên hệ với Medicare:

- Quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.
- Quý vị cũng có thể truy cập trang web của Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

**Quý vị có thể yêu cầu Oregon Health Plan (Medicaid) trợ giúp và cung cấp thông tin**

Phương thức	Oregon Health Plan (Medicaid) – Thông Tin Liên Hệ
<b>GỌI ĐIỆN</b>	1-800-273-0557 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 5 p.m., Thứ Hai – Thứ Sáu (Giờ Thái Bình Dương).
<b>TTY</b>	711
<b>GỬI THƯ</b>	Oregon Health Plan (OHP) PO Box 14015 Salem, OR 97309
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.oregon.gov/oha/healthplan">www.oregon.gov/oha/healthplan</a>

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

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

Vì có Medicare và sự trợ giúp từ Oregon Health Plan (Medicaid) nên quý vị có thể sử dụng các quy trình khác nhau để xử lý vấn đề hoặc khiếu nại. Quy trình mà quý vị sử dụng sẽ phụ thuộc vào việc vấn đề liên quan đến quyền lợi của Medicare hay của Oregon Health Plan (Medicaid). Nếu vấn đề liên quan đến quyền lợi được Medicare bao trả thì quý vị nên sử dụng quy trình Medicare. Nếu vấn đề liên quan đến quyền lợi được Oregon Health Plan (Medicaid) bao trả thì quý vị nên sử dụng quy trình của Oregon Health Plan (Medicaid). Nếu quý vị cần được trợ giúp trong việc xác định xem nên sử dụng quy trình của Medicare hay Oregon Health Plan (Medicaid), vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.

Quy trình của Medicare và quy trình của Oregon Health Plan (Medicaid) được mô tả ở các phần khác nhau trong chương này. Để biết quý vị nên đọc phần nào, hãy sử dụng sơ đồ dưới đây.

**Vấn đề của quý vị liên quan đến quyền lợi của Medicare hay của Oregon Health Plan (Medicaid)?**

Nếu quý vị cần được trợ giúp trong việc xác định xem vấn đề liên quan đến quyền lợi của Medicare hay của Medicaid, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.

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

Hãy chuyển sang phần tiếp theo của chương này, **Phần 4, Xử lý vấn đề liên quan đến quyền lợi của Medicare**.

Vấn đề liên quan đến bảo hiểm **Oregon Health Plan (Medicaid)**.

Hãy chuyển sang **Phần 12** của chương này, **Xử lý vấn đề liên quan đến quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid)**.

**VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN QUYỀN LỢI CỦA MEDICARE**

**PHẦN 4                    Xử lý vấn đề liên quan đến quyền lợi của Medicare**

<b>Phần 4.1</b>	<b>Quý vị nên sử dụng quy trình cho quyết định bao trả và kháng cáo hay quy trình khiếu nại?</b>
-----------------	--

Nếu quý vị có vấn đề hoặc thắc mắc, quý vị chỉ cần đọc các phần của chương này áp dụng cho tình huống của quý vị. Sơ đồ dưới đây sẽ giúp quý vị tìm đúng phần trong chương này dành cho các vấn đề và khiếu nại về **quyền lợi được Medicare bao trả**.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

Để biết phần nào trong chương này sẽ giúp quý vị xử lý vấn đề hoặc thắc mắc về các quyền lợi của Medicare, hãy sử dụng sơ đồ dưới đây:

**Có phải vấn đề hoặc thắc mắc của quý vị liên quan đến quyền lợi hoặc bảo hiểm của quý vị không?**

Đó có thể là vấn đề về việc dịch vụ chăm sóc y tế (dịch vụ, vật dụng y tế và/hoặc thuốc kê toa Part B) có được bao trả hay không, cách thức bao trả và các vấn đề liên quan đến việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc y tế.

**Có.**

Hãy chuyển sang phần tiếp theo của chương này, **Phần 5, Hướng dẫn những nội dung cơ bản về các quyết định bao trả và kháng cáo.**

**Không.**

Hãy chuyển sang **Phần 11** ở cuối chương này: **Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các vấn đề khác.**

**PHẦN 5                      Hướng dẫn những nội dung cơ bản về các quyết định bao trả và kháng cáo**

**Phần 5.1                      Yêu cầu các quyết định bao trả và kháng cáo: tổng quan**

Quyết định bao trả và kháng cáo giải quyết các vấn đề liên quan đến quyền lợi và bảo hiểm chăm sóc y tế của quý vị (dịch vụ, vật dụng và thuốc kê toa Part B, bao gồm cả việc thanh toán). Để đơn giản hóa, chúng tôi thường gọi các dịch vụ, vật dụng y tế và thuốc kê toa Medicare Part B là dịch vụ **chăm sóc y tế**. Đây là quy trình quý vị sử dụng cho các vấn đề như liệu thứ gì đó có được bao trả hay không và cách thức bao trả.

**Yêu cầu quyết định bao trả trước khi nhận quyền lợi**

Quyết định bao trả là quyết định do chúng tôi đưa ra về quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ trả cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. Ví dụ: nếu bác sĩ trong mạng lưới chương trình của quý vị giới thiệu quý vị đến một bác sĩ chuyên khoa y tế không thuộc mạng lưới, thì việc giới thiệu này được coi là một quyết định bảo hiểm có lợi trừ khi bác sĩ trong mạng lưới của quý vị có thể chứng minh rằng quý vị đã nhận được thông báo từ chối tiêu chuẩn đối với bác sĩ chuyên khoa y tế này hoặc *Chứng Từ Bảo Hiểm* nêu rõ rằng dịch vụ được giới thiệu không bao giờ được bao trả trong bất kỳ điều kiện nào. Quý vị hoặc bác sĩ của quý vị cũng có thể liên hệ với chúng tôi và yêu cầu quyết định bao trả nếu bác sĩ của quý vị không chắc liệu chúng tôi có bao trả cho một dịch vụ y tế cụ thể hay không hoặc từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị cho rằng mình cần. Nói cách khác, nếu quý vị muốn biết liệu chúng tôi có bao trả cho một dịch vụ chăm sóc y tế trước khi quý vị nhận dịch vụ đó hay không, quý vị có thể yêu

## **Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

cầu chúng tôi ra quyết định bao trả ban đầu cho quý vị. Trong một số trường hợp, yêu cầu quyết định bao trả sẽ bị bác, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu. Ví dụ về trường hợp yêu cầu bị bác bỏ bao gồm các lý do như yêu cầu không hoàn chỉnh, ai đó không được quý vị ủy quyền hợp pháp nhưng lại thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu hoặc quý vị đề nghị rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác yêu cầu về quyết định bao trả, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do bác yêu cầu và cách yêu cầu xem xét lại quyết định bị bác đó.

Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định bao trả cho quý vị bất cứ khi nào chúng tôi quyết định những gì được bao trả cho quý vị và số tiền chúng tôi phải chi trả. Trong một số trường hợp, chúng tôi có thể quyết định dịch vụ chăm sóc y tế không được bao trả hoặc không còn được Medicare bao trả cho quý vị. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bao trả này, quý vị có thể kháng cáo.

### **Kháng cáo**

Nếu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả nhưng quý vị cảm thấy chưa thỏa đáng, bất kể trước hay sau khi nhận quyền lợi, thì quý vị có thể **kháng cáo** quyết định đó. Kháng cáo là cách chính thức để yêu cầu chúng tôi xem xét lại và thay đổi quyết định bao trả mà chúng tôi đã đưa ra. Trong một số trường hợp nhất định mà chúng ta sẽ thảo luận sau, quý vị có thể yêu cầu kháng cáo cấp tốc hoặc **kháng cáo nhanh** đối với một quyết định bao trả. Kháng cáo của quý vị được xử lý bởi những người xét duyệt khác với những người đã đưa ra quyết định ban đầu.

Khi quý vị kháng cáo một quyết định lần đầu tiên, đó được gọi là kháng cáo Cấp 1. Trong kháng cáo này, chúng tôi xem xét lại quyết định bao trả mà chúng tôi đã đưa ra để kiểm tra xem liệu chúng tôi có tuân thủ đúng tất cả các quy tắc hay không. Khi chúng tôi hoàn thành việc xem xét, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị quyết định của chúng tôi.

Trong một số trường hợp hạn chế, yêu cầu kháng cáo Cấp 1 sẽ bị bác, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ không xem xét yêu cầu. Ví dụ về trường hợp yêu cầu bị bác bỏ bao gồm các lý do như yêu cầu không hoàn chỉnh, ai đó không được quý vị ủy quyền hợp pháp nhưng lại thay mặt quý vị đưa ra yêu cầu hoặc quý vị đề nghị rút lại yêu cầu của mình. Nếu chúng tôi bác bỏ yêu cầu kháng cáo Cấp 1, chúng tôi sẽ gửi thông báo giải thích lý do tại sao yêu cầu bị bác bỏ và cách yêu cầu xem xét lại quyết định bác bỏ.

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

- (Quý vị không cần phải làm bất cứ điều gì để bắt đầu kháng cáo Cấp 2. Các quy tắc của Medicare yêu cầu chúng tôi tự động gửi kháng cáo của quý vị lên Cấp 2 nếu chúng tôi không hoàn toàn đồng ý với kháng cáo Cấp 1 của quý vị.
- Xem **Phần 6.4** của chương này để biết thêm thông tin về kháng cáo Cấp 2 cho dịch vụ chăm sóc y tế.
- Kháng cáo Part D được thảo luận thêm trong Phần 7 của chương này.

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

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

**Phần 5.2 Cách nhận trợ giúp khi quý vị yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo**

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

- Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số của bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.
- Quý vị có thể nhận sự trợ giúp miễn phí từ Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (State Health Insurance Assistance Program) của quý vị.
- **Bác sĩ của quý vị có thể đưa ra yêu cầu cho quý vị.** Nếu bác sĩ của quý vị giúp kháng cáo qua Cấp 2, họ sẽ phải được chỉ định làm đại diện cho quý vị. Vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng và yêu cầu mẫu *Appointment of Representative* (Chỉ Định Người Đại Diện). (Mẫu này cũng có sẵn trên trang web của Medicare tại [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) hoặc trên trang web của chúng tôi tại [www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms).)
  - Đối với dịch vụ chăm sóc y tế, bác sĩ của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo Cấp 1. Nếu kháng cáo của quý vị bị từ chối ở Cấp 1, kháng cáo đó sẽ tự động được chuyển tiếp lên Cấp 2.
  - Đối với thuốc kê toa Part D, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo Cấp 1 thay mặt quý vị. Nếu kháng cáo Cấp 1 của quý vị bị từ chối, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa có thể yêu cầu kháng cáo Cấp 2.
- **Quý vị có thể yêu cầu ai đó thay mặt quý vị.** Nếu quý vị muốn, quý vị có thể chỉ định một người khác làm **người đại diện** cho quý vị để yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo.
  - Nếu quý vị muốn một người bạn, người thân, hoặc người khác làm người đại diện cho quý vị, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng và yêu cầu mẫu *Appointment of Representative* (Chỉ Định Người Đại Diện). (Mẫu này cũng có sẵn trên trang web của Medicare tại [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) hoặc trên trang web của chúng tôi tại [www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms).) Biểu mẫu cho phép người được ủy quyền hành động thay mặt quý vị. Trên biểu mẫu phải có chữ ký của quý vị và người mà quý vị muốn đại diện cho mình. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi một bản sao biểu mẫu đã ký.
  - Mặc dù chúng tôi có thể nhận yêu cầu kháng cáo không cần theo mẫu, nhưng chúng tôi không thể bắt đầu hoặc hoàn tất quy trình xem xét cho đến khi chúng tôi nhận được bản kháng cáo theo đúng mẫu quy định. Nếu chúng tôi không nhận được bản kháng cáo theo biểu mẫu trước thời hạn để đưa ra quyết định về kháng cáo của quý vị, yêu cầu kháng cáo của quý vị sẽ bị bác bỏ. Trong trường hợp này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo giải thích rõ quyền của quý vị được yêu cầu tổ chức xét duyệt độc lập xem xét lại quyết định của chúng tôi về việc bác đơn kháng cáo của quý vị.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

- **Quý vị cũng có quyền thuê một luật sư.** Quý vị có thể liên hệ với luật sư của riêng mình, hoặc lấy tên luật sư từ đoàn luật sư địa phương hoặc dịch vụ giới thiệu khác. Cũng có những nhóm sẽ cung cấp cho quý vị các dịch vụ pháp lý miễn phí nếu quý vị đủ điều kiện. Tuy nhiên, **quý vị không bắt buộc phải thuê luật sư** để yêu cầu bất kỳ loại quyết định bao trả nào hoặc kháng cáo quyết định.

**Phần 5.3 Phần nào của chương này cung cấp thông tin chi tiết cho tình huống của quý vị?**

Có bốn tình huống liên quan đến các quyết định bao trả và kháng cáo. Vì mỗi tình huống có các quy tắc và thời hạn khác nhau, chúng tôi sẽ cung cấp thông tin chi tiết cho từng tình huống trong mỗi phần riêng biệt:

- **Phần 6** của chương này: Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo.
- **Phần 7** của chương này: Thuốc kê toa Part D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo
- **Phần 8** của chương này: Cách yêu cầu chúng tôi bao trả thời gian nằm viện nội trú dài hơn nếu quý vị cho rằng bác sĩ cho quý vị ra viện quá sớm”
- **Phần 9** của chương này: Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả cho một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của mình kết thúc quá sớm (*Chỉ áp dụng cho các dịch vụ này: chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề và các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORF)*)

Nếu quý vị không chắc mình nên sử dụng phần nào, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng. Quý vị cũng có thể nhận trợ giúp hoặc thông tin từ các tổ chức chính phủ như Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (State Health Insurance Assistance Program).

**PHẦN 6 Dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo đối với một quyết định bao trả**

**Phần 6.1 Phần này cho biết việc quý vị cần làm nếu gặp khó khăn trong việc nhận bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc nếu quý vị muốn chúng tôi hoàn trả chi phí dịch vụ chăm sóc cho quý vị**

Phần này nói về các quyền lợi chăm sóc y tế của quý vị. Những quyền lợi này được mô tả trong Chương 4 của tài liệu này: *Bảng Quyền Lợi Y Tế (dịch vụ được bao trả)*. Trong một số trường hợp, có các quy tắc khác nhau áp dụng cho yêu cầu thuốc kê toa Part B. Trong những trường hợp đó, chúng tôi sẽ giải thích các quy tắc cho thuốc kê toa Part B khác với các quy tắc cho các vật phẩm và dịch vụ y tế như thế nào.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

Phần này cho biết quý vị có thể làm gì nếu xảy ra bất kỳ trường hợp nào trong năm trường hợp sau:

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

**Lưu ý:** Nếu bảo hiểm bị dừng đối với dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề hoặc các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORF), quý vị cần đọc Phần 8 và 9 của chương này. Các quy tắc đặc biệt áp dụng cho các loại dịch vụ chăm sóc này.

**Phần 6.2                      Hướng dẫn từng bước: Cách yêu cầu một quyết định bao trả**

**Thuật Ngữ Pháp Lý**

Khi một quyết định bao trả liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị, nó được gọi là **quyết định của tổ chức**.

Quyết định bao trả nhanh được gọi là **quyết định cấp tốc**.

**Bước 1:** Quyết định xem quý vị cần một quyết định bao trả tiêu chuẩn hay một quyết định bao trả nhanh.

Quyết định bao trả tiêu chuẩn thường được đưa ra trong vòng 14 ngày hoặc 72 giờ đối với các loại thuốc Part B. Quyết định bao trả nhanh thường được đưa ra trong vòng 72 giờ đối với dịch vụ y tế hoặc 24 giờ đối với các loại thuốc Part B. Để nhận quyết định bao trả nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:



## **Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

- Quý vị *chỉ có thể yêu cầu* bảo hiểm cho các vật phẩm và/hoặc dịch vụ y tế (không phải yêu cầu thanh toán cho các vật phẩm và/hoặc dịch vụ đã nhận).
- Quý vị có thể nhận được quyết định bao trả nhanh *chỉ* khi việc sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn có thể *gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc làm tổn hại khả năng hoạt động của quý vị*.
- **Nếu bác sĩ của quý vị cho chúng tôi biết rằng tình hình sức khỏe của quý vị cần phải có một quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ tự động đồng ý đưa ra một quyết định bao trả nhanh.**
- **Nếu quý vị tự mình yêu cầu một quyết định bao trả nhanh, mà không cần sự hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị, chúng tôi sẽ quyết định xem tình hình sức khỏe của quý vị có cần chúng tôi phải đưa ra một quyết định bao trả nhanh hay không.** Nếu không chấp thuận quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư thông báo:
  - Giải thích lý do chúng tôi sẽ sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn.
  - Giải thích rằng bác sĩ của quý vị yêu cầu quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bao trả nhanh.
  - Giải thích cách nộp đơn khiếu nại nhanh đối với quyết định của chúng tôi khi đưa ra quyết định bao trả tiêu chuẩn thay vì quyết định bao trả nhanh theo yêu cầu của quý vị.

### **Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định bao trả hoặc quyết định bao trả nhanh.**

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

### **Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị về bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế và phản hồi quý vị.**

*Đối với các quyết định bao trả tiêu chuẩn, chúng tôi sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn.*

**Điều này có nghĩa là chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 14 ngày** kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị về **một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế**. Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến **thuốc kê toa Medicare Part B**, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị.

- **Tuy nhiên**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày** nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không được kéo dài thêm thời gian ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa Medicare Part B.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không* nên kéo dài thêm ngày, quý vị có thể khiếu nại nhanh. Chúng tôi sẽ phản hồi khiếu nại của quý vị ngay sau khi chúng tôi đưa ra quyết định. (Quy trình khiếu nại khác với quy trình cho quyết định bao trả và kháng cáo. Xem Phần 11 của chương này để biết thông tin về việc khiếu nại.)

*Đối với các quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sử dụng khung thời gian cấp tốc*

**Quyết định bao trả nhanh có nghĩa là chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến vật dụng hoặc dịch vụ y tế. Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa Medicare Part B, chúng tôi sẽ phản hồi trong vòng 24 giờ.**

- **Tuy nhiên**, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày**. Nếu cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không được kéo dài thêm thời gian ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa Medicare Part B.
- Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không* nên kéo dài thêm ngày, quý vị có thể khiếu nại nhanh. (Xem Phần 11 của chương này để biết thông tin về việc khiếu nại.) Chúng tôi sẽ gọi cho quý vị ngay sau khi chúng tôi đưa ra quyết định.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích lý do tại sao chúng tôi từ chối.

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

Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách kháng cáo. Kháng cáo có nghĩa là đưa ra yêu cầu một lần nữa để nhận được bảo hiểm dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị mong muốn. Nếu quý vị kháng cáo, điều đó có nghĩa là quý vị sẽ được chuyển lên Cấp 1 của quy trình kháng cáo.

**Phần 6.3                      Hướng dẫn từng bước: Cách thực hiện kháng cáo Cấp 1**

**Thuật Ngữ Pháp Lý**

Kháng cáo lên chương trình về quyết định bao trả chăm sóc y tế được gọi là **xem xét lại** của chương trình.

Kháng cáo nhanh còn được gọi là **xem xét lại cấp tốc**.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

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

**Kháng cáo tiêu chuẩn thường được thực hiện trong vòng 30 ngày hoặc 7 ngày đối với các loại thuốc Part B. Kháng cáo nhanh thường được thực hiện trong vòng 72 giờ.**

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

**Bước 2: Yêu cầu chương trình của chúng tôi xử lý kháng cáo hoặc kháng cáo nhanh**

- **Nếu quý vị yêu cầu một kháng cáo tiêu chuẩn, hãy thực hiện kháng cáo tiêu chuẩn bằng văn bản.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Nếu quý vị yêu cầu một kháng cáo nhanh, hãy gửi kháng cáo bằng văn bản hoặc gọi cho chúng tôi.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Quý vị phải đưa ra yêu cầu kháng cáo trong vòng 65 ngày kể từ ngày trên văn bản thông báo mà chúng tôi đã gửi để phản hồi quý vị về quyết định bao trả của chúng tôi.** Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng, hãy giải thích lý do tại sao quý vị gửi kháng cáo muộn hơn thời hạn quy định. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng cáo. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm trường hợp quý vị bị bệnh nghiêm trọng khiến quý vị không thể liên hệ với chúng tôi hoặc trường hợp chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng cáo.
- **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin liên quan đến quyết định y tế của quý vị. Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể cung cấp cho chúng tôi thông tin bổ sung để hỗ trợ cho kháng cáo của quý vị.**

**Bước 3: Chúng tôi xem xét kháng cáo và gửi phản hồi cho quý vị.**

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

***Thời hạn kháng cáo nhanh***

- **Đối với kháng cáo nhanh, chúng tôi phải phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được kháng cáo.** Chúng tôi sẽ phản hồi quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm vậy.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

- Nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày** nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không thể kéo dài thêm thời gian nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa Medicare Part B.
- Nếu chúng tôi không phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ (hoặc vào cuối khoảng thời gian kéo dài, nếu chúng tôi cần thêm ngày), chúng tôi phải tự động gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, kháng cáo sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét. Phần 6.4 giải thích quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị văn bản quyết định của chúng tôi và tự động gửi kháng cáo của quý vị đến tổ chức xét duyệt độc lập để thực hiện kháng cáo Cấp 2. Tổ chức xét duyệt độc lập sẽ thông báo với quý vị bằng văn bản khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

***Thời hạn kháng cáo tiêu chuẩn***

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 30 ngày** kể từ khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị. Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa Medicare Part B mà quý vị chưa nhận, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định sớm hơn nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm vậy.
  - Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian hoặc nếu chúng tôi cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **chúng tôi có thể cần thêm tối đa 14 ngày dương lịch** nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế. Nếu cần thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản. Chúng tôi không được kéo dài thêm thời gian ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa Medicare Part B.
  - Nếu quý vị cho rằng chúng tôi *không nên* kéo dài thêm ngày, quý vị có thể “khiếu nại nhanh”. Khi quý vị gửi đơn khiếu nại nhanh, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 24 giờ. (Xem Phần 11 của chương này để biết thông tin về việc khiếu nại.)
  - Nếu chúng tôi không phản hồi quý vị trong thời hạn (hoặc vào cuối khoảng thời gian kéo dài), chúng tôi sẽ gửi yêu cầu của quý vị lên quy trình kháng cáo Cấp 2, ở cấp này kháng cáo sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét. Phần 5.4 giải thích quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm trong vòng 30 ngày nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, hoặc **trong vòng 7 ngày** nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa Medicare Part B.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

**Nếu chương trình của chúng tôi từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị, chúng tôi sẽ tự động gửi kháng cáo của quý vị đến tổ chức xét duyệt độc lập để thực hiện kháng cáo Cấp 2.**

**Phần 6.4 Hướng dẫn từng bước: Cách thực hiện kháng cáo Cấp 2**

**Thuật Ngữ Pháp Lý**

Tên đầy đủ của tổ chức xét duyệt độc lập là **Pháp Nhân Xét Duyệt Độc Lập**. Đôi khi được gọi là **IRE**.

**Tổ chức xét duyệt độc lập là một tổ chức độc lập do Medicare thuê.** Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Tổ chức này sẽ xác định xem quyết định mà chúng tôi đã đưa ra đã chính xác chưa hay có cần phải thay đổi gì không. Medicare sẽ giám sát công việc của tổ chức này.

**Bước 1: Tổ chức xét duyệt độc lập xem xét đơn kháng cáo của quý vị.**

- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng cáo của quý vị cho tổ chức này. Thông tin này được gọi là **hồ sơ vụ việc** của quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao hồ sơ vụ việc của quý vị.**
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho tổ chức xét duyệt độc lập để lý giải cho kháng cáo của quý vị.
- Những người xét duyệt tại tổ chức xét duyệt độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

***Nếu quý vị đã kháng cáo nhanh ở Cấp 1, thì quý vị cũng sẽ kháng cáo nhanh ở Cấp 2***

- Đối với kháng cáo nhanh, tổ chức xét duyệt phải phản hồi kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế và tổ chức xét duyệt độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **thì quy trình có thể mất thêm tối đa 14 ngày.** Tổ chức xét duyệt độc lập không được kéo dài thêm thời gian ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa Medicare Part B.

***Nếu quý vị đã kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 1, thì quý vị cũng sẽ kháng cáo tiêu chuẩn ở Cấp 2***

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế, tổ chức xét duyệt phải phản hồi kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 30 ngày** kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị.
- Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa Medicare Part B, tổ chức xét duyệt phải phản hồi kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày dương lịch** kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.

## **Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

- Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế và tổ chức xét duyệt độc lập cần thu thập thêm thông tin có thể có lợi cho quý vị, **thì quy trình có thể mất thêm tối đa 14 ngày**. Tổ chức xét duyệt độc lập không được kéo dài thêm thời gian ra quyết định nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thuốc kê toa Medicare Part B.

### **Bước 2: Tổ chức xét duyệt độc lập phản hồi quý vị.**

Tổ chức xét duyệt độc lập sẽ thông báo quyết định của mình bằng văn bản cho quý vị và giải thích lý do.

- **Nếu tổ chức xét duyệt độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về một vật phẩm hoặc dịch vụ y tế**, chúng tôi phải cho phép bảo hiểm chăm sóc y tế **trong vòng 72 giờ** hoặc cung cấp dịch vụ trong vòng **14 ngày** kể từ khi nhận được quyết định của tổ chức xét duyệt độc lập đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn**, hoặc cung cấp dịch vụ **trong vòng 72 giờ** kể từ ngày chương trình nhận được quyết định của tổ chức xét duyệt độc lập đối với **các yêu cầu cấp tốc**.
- **Nếu tổ chức xét duyệt độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu về một loại thuốc kê toa Medicare Part B**, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp loại thuốc kê toa Medicare Part B đó **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được quyết định của tổ chức xét duyệt độc lập đối với **các yêu cầu tiêu chuẩn**, hoặc **trong vòng 24 giờ** kể từ ngày nhận được quyết định của tổ chức xét duyệt độc lập đối với **các yêu cầu cấp tốc**.
- **Nếu tổ chức này từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị**, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với chương trình của chúng tôi rằng yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) về bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế không được chấp thuận. (Đây được gọi là **giữ nguyên quyết định** hoặc **bác bỏ kháng cáo của quý vị**.) Trong trường hợp này, tổ chức xét duyệt độc lập sẽ gửi cho quý vị một lá thư:
  - Giải thích quyết định của họ
  - Thông báo cho quý vị về quyền kháng cáo Cấp 3 nếu giá trị đô la của bảo hiểm dịch vụ chăm sóc y tế đáp ứng số tiền tối thiểu nhất định. Văn bản thông báo mà quý vị nhận được từ tổ chức xét duyệt độc lập sẽ cho quý vị biết giá trị đô la mà quý vị cần đạt đến để có thể tiếp tục quy trình kháng cáo.
  - Hướng dẫn quý vị cách thực hiện kháng cáo Cấp 3.

### **Bước 3: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng các yêu cầu, quý vị có thể quyết định xem có muốn tiếp tục kháng cáo hay không.**

- Có ba cấp bổ sung trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng có năm cấp kháng cáo). Nếu quý vị muốn chuyển lên kháng cáo Cấp 3, chi tiết về cách thức thực hiện có trong văn bản thông báo mà quý vị nhận sau kháng cáo Cấp 2.
- Kháng cáo Cấp 3 sẽ do một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc trọng tài giải quyết. Phần 10 trong chương này giải thích các quy trình kháng cáo Cấp 3, 4 và 5.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

**Phần 6.5 Điều gì xảy ra nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả chi phí cho hóa đơn mà quý vị nhận được cho dịch vụ chăm sóc y tế?**

**Chúng tôi không thể bồi hoàn trực tiếp cho quý vị đối với dịch vụ hoặc vật phẩm Medicaid.** Nếu quý vị nhận được hóa đơn cho các dịch vụ và vật phẩm được Medicaid bao trả, hãy gửi hóa đơn đó cho chúng tôi. **Quý vị không nên tự thanh toán hóa đơn.** Chúng tôi sẽ liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp để giải quyết vấn đề. Nhưng nếu đã thanh toán hóa đơn thì quý vị có thể được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó hoàn tiền nếu tuân thủ các quy tắc nhận dịch vụ hoặc vật phẩm.

**Yêu cầu bồi hoàn là yêu cầu quyết định bao trả từ chúng tôi**

Nếu quý vị gửi cho chúng tôi giấy tờ yêu cầu bồi hoàn, quý vị đang yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả. Để đưa ra quyết định này, chúng tôi sẽ kiểm tra xem liệu dịch vụ chăm sóc y tế quý vị đã thanh toán có phải là dịch vụ được bao trả hay không. Chúng tôi cũng sẽ kiểm tra xem quý vị có tuân thủ tất cả các quy tắc sử dụng bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế hay không.

- **Nếu chúng tôi đồng ý yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế đó được bao trả và quý vị đã tuân thủ tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị khoản thanh toán chi phí dịch vụ, thường là trong vòng 30 ngày dương lịch nhưng không muộn hơn 60 ngày dương lịch kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị chưa thanh toán dịch vụ chăm sóc y tế, chúng tôi sẽ thanh toán trực tiếp cho nhà cung cấp.
- **Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị:** Nếu dịch vụ chăm sóc y tế *không* được bao trả, hoặc quý vị *không* tuân theo tất cả các quy tắc, chúng tôi sẽ không thanh toán. Thay vào đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư thông báo rằng chúng tôi không trả tiền cho dịch vụ chăm sóc y tế và lý do tại sao.

Nếu không đồng ý với quyết định từ chối của chúng tôi, **quý vị có thể kháng cáo.** Nếu quý vị kháng cáo, điều đó có nghĩa là quý vị đang yêu cầu chúng tôi thay đổi quyết định bao trả mà chúng tôi đã đưa ra khi chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán của quý vị.

**Để thực hiện kháng cáo này, hãy làm theo quy trình kháng cáo mà chúng tôi mô tả ở Phần 6.3.** Đối với các khiếu nại liên quan đến việc bồi hoàn, xin lưu ý:

- Chúng tôi phải phản hồi quý vị trong vòng 60 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả chi phí dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị đã nhận và thanh toán, quý vị không được phép yêu cầu kháng cáo nhanh.
- Nếu tổ chức xét duyệt độc lập quyết định rằng chúng tôi phải thanh toán, chúng tôi sẽ phải gửi cho quý vị hoặc nhà cung cấp khoản thanh toán trong vòng 30 ngày. Nếu câu trả lời cho kháng cáo của quý vị là đồng ý ở bất kỳ giai đoạn nào của quy trình kháng cáo sau Cấp 2, chúng tôi phải gửi khoản thanh toán mà quý vị đã yêu cầu cho quý vị hoặc cho nhà cung cấp trong vòng 60 ngày.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

**PHẦN 7 Thuốc kê toa Part D của quý vị: Cách yêu cầu quyết định bao trả hoặc kháng cáo**

**Phần 7.1 Phần này cho quý vị biết việc quý vị cần làm nếu gặp vấn đề với việc mua thuốc Part D hoặc quý vị muốn chúng tôi hoàn trả tiền thuốc Part D cho quý vị**

Quyền lợi của quý vị bao gồm bảo hiểm cho nhiều loại thuốc kê toa. Để được bao trả, thuốc phải được sử dụng theo chỉ định được chấp nhận về mặt y tế. (Xem Chương 5 để biết thêm thông tin về một chỉ định được chấp nhận về mặt y tế.) Để biết thêm chi tiết về các loại thuốc Part D, các quy tắc, hạn chế và chi phí, vui lòng xem Chương 5 và 6. **Phần này chỉ nói về các loại thuốc Part D của quý vị.** Để đơn giản hóa mọi thứ, chúng tôi thường nói *thuốc* trong phần còn lại của phần này, thay vì lặp lại *thuốc kê toa cho bệnh nhân ngoại trú được bao trả hoặc thuốc Part D* mỗi lần. Chúng tôi cũng sử dụng thuật ngữ *Danh sách thuốc* thay vì *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* hoặc *Danh Mục Thuốc*.

- Nếu quý vị không biết liệu một loại thuốc có được bao trả hay không hoặc nếu quý vị đáp ứng các quy tắc, quý vị có thể hỏi chúng tôi. Một số loại thuốc yêu cầu quý vị phải được chúng tôi chấp thuận trước khi chúng tôi bao trả.
- Nếu nhà thuốc của quý vị cho biết quý vị không thể mua thuốc kê toa như được chỉ định, nhà thuốc sẽ cung cấp cho quý vị một văn bản thông báo giải thích cách liên hệ với chúng tôi để yêu cầu quyết định bao trả.

**Quyết định bao trả Part D và kháng cáo**

**Thuật Ngữ Pháp Lý**

Quyết định bao trả ban đầu về các loại thuốc Part D của quý vị được gọi là **quyết định bao trả**.

Quyết định bao trả là quyết định do chúng tôi đưa ra về quyền lợi và bảo hiểm của quý vị hoặc về số tiền chúng tôi sẽ trả cho thuốc của quý vị. Phần này cho biết quý vị có thể làm gì nếu xảy ra bất kỳ trường hợp nào trong những trường hợp sau:

- Yêu cầu chúng tôi bao trả một loại thuốc Part D không có trong *Danh Sách Thuốc Được Bao Trả* **Yêu cầu xét ngoại lệ. Phần 7.2.**
- Yêu cầu chúng tôi miễn trừ giới hạn đối với bảo hiểm của chương trình cho một loại thuốc (chẳng hạn như giới hạn về số lượng thuốc mà quý vị có thể nhận được). **Yêu cầu xét ngoại lệ. Phần 7.2.**
- Yêu cầu xin chấp thuận trước cho một loại thuốc. **Yêu cầu quyết định bao trả. Phần 7.4.**
- Thanh toán cho một loại thuốc kê toa quý vị đã mua. **Yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho quý vị. Phần 7.4.**



**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định bao trả mà chúng tôi đưa ra, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.

Phần này hướng dẫn quý vị cách yêu cầu quyết định bao trả và cách yêu cầu kháng cáo.

**Phần 7.2 Ngoại lệ là gì?**

**Thuật Ngữ Pháp Lý**

Yêu cầu bao trả cho một loại thuốc không thuộc Danh Sách Thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu xét **ngoại lệ đối với danh mục thuốc**.

Yêu cầu loại bỏ một giới hạn bảo hiểm cho một loại thuốc đôi khi được gọi là yêu cầu xét **ngoại lệ đối với danh mục thuốc**.

Nếu một loại thuốc không được bao trả theo cách quý vị muốn được bao trả, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi xét **ngoại lệ**. Xét ngoại lệ là một loại quyết định bao trả.

Để chúng tôi xem xét yêu cầu xét ngoại lệ của quý vị, bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác, sẽ cần giải thích lý do y tế tại sao quý vị cần được chấp thuận ngoại lệ. Dưới đây là hai ví dụ về các trường hợp ngoại lệ mà quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể yêu cầu chúng tôi chấp thuận:

1. **Bao trả một loại thuốc Part D cho quý vị không thuộc Danh Sách Thuốc của chúng tôi.**
2. **Loại bỏ một giới hạn đối với một loại thuốc được bao trả.** Chương 5 mô tả các quy tắc hoặc hạn chế bổ sung áp dụng cho các loại thuốc nhất định trong Danh Sách Thuốc của chúng tôi.

**Phần 7.3 Những điều quan trọng cần biết về việc yêu cầu xét ngoại lệ**

**Bác sĩ của quý vị phải cho chúng tôi biết lý do y tế**

Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác phải cung cấp cho chúng tôi một văn bản giải thích lý do y tế để yêu cầu xét ngoại lệ. Để có quyết định nhanh hơn, hãy cung cấp thông tin y tế này từ bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác khi quý vị yêu cầu xét ngoại lệ.

Thông thường, Danh Sách Thuốc của chúng tôi bao gồm nhiều loại thuốc để điều trị một tình trạng cụ thể. Những khả năng khác nhau này được gọi là thuốc **thay thế**. Nếu một loại thuốc thay thế có hiệu quả tương đương với loại thuốc quý vị đang yêu cầu và không gây thêm tác dụng phụ hoặc các vấn đề sức khỏe khác, chúng tôi thường sẽ *không* chấp thuận yêu cầu xét ngoại lệ của quý vị.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

**Chúng tôi có thể đồng ý hoặc từ chối yêu cầu của quý vị**

- Nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu xét ngoại lệ của quý vị, chấp thuận của chúng tôi thường có hiệu lực cho đến cuối năm chương trình. Điều này áp dụng miễn là bác sĩ của quý vị tiếp tục kê toa thuốc cho quý vị và loại thuốc đó tiếp tục an toàn và hiệu quả để điều trị tình trạng của quý vị.
- Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị, quý vị có thể yêu cầu xem xét lại bằng cách kháng cáo.

**Phần 7.4                      Hướng dẫn từng bước: Cách yêu cầu quyết định bao trả, bao gồm cả yêu cầu xét ngoại lệ**

**Thuật Ngữ Pháp Lý**

Quyết định bao trả nhanh được gọi là **quyết định bao trả cấp tốc**.

**Bước 1: Quyết định xem quý vị cần một quyết định bao trả tiêu chuẩn hay một quyết định bao trả nhanh.**

**Quyết định bao trả tiêu chuẩn** được thực hiện trong vòng **72 giờ** sau khi chúng tôi nhận được thông báo từ bác sĩ của quý vị. **Quyết định bao trả nhanh** được thực hiện trong vòng **24 giờ** kể từ khi nhận được văn bản từ bác sĩ của quý vị.

***Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cần giải quyết, hãy yêu cầu chúng tôi đưa ra một quyết định bao trả nhanh. Để nhận quyết định bao trả nhanh, quý vị phải đáp ứng hai yêu cầu:***

- Quý vị phải yêu cầu loại thuốc mà quý vị chưa được nhận. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định bao trả nhanh để hoàn tiền cho một loại thuốc quý vị đã mua.)
- Sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị hoặc làm tổn hại khả năng hoạt động của quý vị.
- **Nếu bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác cho chúng tôi biết rằng tình trạng sức khỏe của quý vị cần quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bao trả nhanh cho quý vị.**
- **Nếu quý vị tự mình yêu cầu quyết định bao trả nhanh mà không có sự hỗ trợ của bác sĩ hoặc người kê toa khác, chúng tôi sẽ quyết định xem tình trạng sức khỏe của quý vị có cần chúng tôi phải đưa ra quyết định bao trả nhanh hay không.** Nếu không chấp thuận quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư thông báo:
  - Giải thích lý do chúng tôi sẽ sử dụng các thời hạn tiêu chuẩn.
  - Giải thích nếu bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác yêu cầu quyết định bao trả nhanh, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định bao trả nhanh cho quý vị.
  - Hướng dẫn quý vị cách nộp đơn khiếu nại nhanh về quyết định của chúng tôi khi đưa ra quyết định bao trả tiêu chuẩn thay vì quyết định bao trả nhanh theo yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ phản hồi khiếu nại của quý vị trong vòng 24 giờ sau khi nhận được.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

**Bước 2: Yêu cầu một quyết định bao trả tiêu chuẩn hoặc một quyết định bao trả nhanh.**

Bắt đầu bằng cách gọi điện, viết thư hoặc gửi fax cho chương trình của chúng tôi để đưa ra yêu cầu của quý vị để chúng tôi cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị muốn. Quý vị cũng có thể truy cập quy trình quyết định bao trả thông qua trang web của chúng tôi. Chúng tôi phải chấp nhận mọi văn bản yêu cầu, bao gồm cả yêu cầu được gửi trên Biểu Mẫu Yêu Cầu Xác Định Mức Độ Bảo Hiểm theo Mô Hình CMS (CMS Model Coverage Determination Request Form) có trên trang web của chúng tôi:

[https://www.providencehealthplan.com/-/media/providence/website/pdfs/medicare/coverage-determination-](https://www.providencehealthplan.com/-/media/providence/website/pdfs/medicare/coverage-determination-forms.pdf?rev=a6d4e98b8fdd4ab78fb997939333b4b8&hash=6C3C03DA8E8B4373CBCAA2AD4934E58D)

[forms.pdf?rev=a6d4e98b8fdd4ab78fb997939333b4b8&hash=6C3C03DA8E8B4373CBCAA2AD4934E58D](https://www.providencehealthplan.com/-/media/providence/website/pdfs/medicare/coverage-determination-forms.pdf?rev=a6d4e98b8fdd4ab78fb997939333b4b8&hash=6C3C03DA8E8B4373CBCAA2AD4934E58D). Chương 2 có thông tin liên hệ. Quý vị, người kê toa của quý vị hoặc người đại diện của thành viên có thể yêu cầu quyết định bao trả qua email bảo mật trên trang web Providence Health Assurance tại [www.ProvidenceHealthAssurance.com](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com). Vui lòng đảm bảo rằng quý vị cung cấp đủ tên, thông tin liên hệ và thông tin xác định yêu cầu bị từ chối đang được kháng cáo để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị.

Quý vị, bác sĩ của quý vị (hoặc người kê toa khác), hoặc người đại diện của quý vị có thể làm điều này. Quý vị cũng có thể yêu cầu một luật sư đại diện cho quý vị. Phần 4 của chương này cho quý vị biết cách lập văn bản ủy quyền cho người khác làm người đại diện cho quý vị.

- **Nếu quý vị yêu cầu xét ngoại lệ, hãy cung cấp văn bản lý giải** trình bày các lý do y tế để xét ngoại lệ. Bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể fax hoặc gửi văn bản lý giải này qua đường bưu điện cho chúng tôi. Hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác có thể cho chúng tôi biết qua điện thoại và theo dõi bằng cách gửi fax hoặc gửi văn bản qua thư nếu cần thiết.

**Bước 3: Chúng tôi xem xét yêu cầu của quý vị và phản hồi quý vị.**

***Thời hạn quyết định bao trả nhanh***

- Chúng tôi thường phải phản hồi quý vị **trong vòng 24 giờ** kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị.
  - Với các yêu cầu xét ngoại lệ, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được văn bản lý giải từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ phản hồi quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm vậy.
  - Nếu không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, kháng cáo sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 24 giờ kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc văn bản lý giải cho yêu cầu từ bác sĩ của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích rõ lý do từ chối và hướng dẫn quý vị cách kháng cáo quyết định của chúng tôi.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

***Thời hạn quyết định bao trả tiêu chuẩn về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được***

- Chúng tôi thường phải phản hồi quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị.
  - Với các yêu cầu xét ngoại lệ, chúng tôi sẽ phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được văn bản lý giải cho yêu cầu từ bác sĩ của quý vị. Chúng tôi sẽ phản hồi quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm vậy.
  - Nếu không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, kháng cáo sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm** mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị hoặc văn bản lý giải cho yêu cầu từ bác sĩ của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích rõ lý do từ chối và hướng dẫn quý vị cách kháng cáo quyết định của chúng tôi.

***Thời hạn quyết định bao trả tiêu chuẩn”iên quan đến thanh toán cho một loại thuốc quý vị đã mua***

- Chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 14 ngày** kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị.
  - Nếu không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, kháng cáo sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi cũng sẽ cần thanh toán cho quý vị trong vòng 14 ngày dương lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích rõ lý do từ chối và hướng dẫn quý vị cách kháng cáo quyết định của chúng tôi.

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

- Nếu chúng tôi từ chối, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định này bằng cách kháng cáo. Điều này có nghĩa là yêu cầu một lần nữa để nhận được bảo hiểm thuốc mà quý vị muốn. Nếu quý vị kháng cáo, điều đó có nghĩa là quý vị sẽ được chuyển lên Cấp 1 của quy trình kháng cáo.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

**Phần 7.5 Hướng dẫn từng bước: Cách thực hiện kháng cáo Cấp 1**

**Thuật Ngữ Pháp Lý**

Kháng cáo lên chương trình về quyết định bao trả thuốc Part D được gọi là **xác định lại** của chương trình.

Kháng cáo nhanh còn được gọi là **xác định lại cấp tốc**.

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

*Kháng cáo tiêu chuẩn thường được thực hiện trong vòng 7 ngày. Kháng cáo nhanh thường được thực hiện trong vòng 72 giờ. Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cấp bách, hãy yêu cầu kháng cáo nhanh*

- Nếu quý vị kháng cáo quyết định do chúng tôi đưa ra về loại thuốc mà quý vị chưa nhận được, quý vị và bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác cần quyết định xem quý vị có cần kháng cáo nhanh hay không.
- Các yêu cầu đối với kháng cáo nhanh cũng giống như các yêu cầu đối với quyết định bao trả nhanh trong Phần 7.4 của chương này.

**Bước 2: Quý vị, đại diện của quý vị, bác sĩ hoặc người kê toa khác phải liên hệ với chúng tôi và thực hiện kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Nếu sức khỏe của quý vị cần phải có phản hồi nhanh, quý vị phải yêu cầu “kháng cáo nhanh”.**

- **Đối với các kháng cáo tiêu chuẩn, quý vị hãy gửi một yêu cầu bằng văn bản.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Đối với các kháng cáo nhanh, hãy gửi văn bản kháng cáo của quý vị hoặc gọi cho chúng tôi theo số 503-574-8000.** Chương 2 có thông tin liên hệ.
- **Chúng tôi phải chấp nhận mọi văn bản yêu cầu,** bao gồm cả yêu cầu được gửi trên Biểu Mẫu *CMS Model Coverage Determination Request* (Yêu Cầu Xác Định Mức Độ Bảo Hiểm theo Mô Hình CMS), có sẵn trên trang web của chúng tôi. Vui lòng đảm bảo cung cấp tên, thông tin liên hệ và thông tin liên quan đến yêu cầu của quý vị để hỗ trợ chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị.
- Quý vị, người kê toa của quý vị hoặc đại diện thành viên có thể yêu cầu xác định lại (kháng cáo) qua email bảo mật bằng cách điền vào biểu mẫu xác định lại Providence Medicare Advantage Plans. Quý vị sẽ tìm thấy thông tin này trên trang web của chúng tôi như được nêu ở Chương 2, [www.ProvidenceHealthAssurance.com](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com).
- **Quý vị phải đưa ra yêu cầu kháng cáo trong vòng 65 ngày** kể từ ngày trên văn bản thông báo mà chúng tôi đã gửi để phản hồi quý vị về quyết định bao trả của chúng tôi. Nếu quý vị bỏ lỡ thời hạn này và có lý do chính đáng, hãy giải thích lý do tại sao quý vị gửi kháng cáo muộn hơn thời hạn quy định. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để kháng cáo. Ví dụ về lý do chính đáng có thể bao gồm trường hợp quý vị bị bệnh

## **Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

ngghiêm trọng khiến quý vị không thể liên hệ với chúng tôi hoặc trường hợp chúng tôi cung cấp cho quý vị thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ về thời hạn yêu cầu kháng cáo.

- **Quý vị có thể yêu cầu một bản sao thông tin trong đơn kháng cáo của mình và bổ sung thêm thông tin.** Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể cung cấp cho chúng tôi thông tin bổ sung để hỗ trợ cho kháng cáo của quý vị.

### **Bước 3: Chúng tôi xem xét kháng cáo và gửi phản hồi cho quý vị.**

- Khi chúng tôi xem xét kháng cáo của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét cẩn thận tất cả thông tin về yêu cầu bảo hiểm của quý vị. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem chúng tôi có tuân thủ tất cả 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 của quý vị hoặc người kê toa khác để biết thêm thông tin.

#### ***Thời hạn kháng cáo nhanh***

- Đối với kháng cáo nhanh, chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 72 giờ kể từ khi chúng tôi nhận được kháng cáo.** Chúng tôi sẽ phản hồi quý vị sớm hơn nếu sức khỏe của quý vị cần chúng tôi làm vậy.
  - Nếu chúng tôi không phản hồi quý vị trong vòng 72 giờ, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, kháng cáo sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét. Phần 7.6 giải thích quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm mà chúng tôi đã đồng ý cung cấp trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích rõ lý do từ chối và hướng dẫn quý vị cách kháng cáo quyết định của chúng tôi.

#### ***Thời hạn kháng cáo tiêu chuẩn về một loại thuốc mà quý vị chưa nhận được***

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 7 ngày** kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị. Chúng tôi sẽ đưa ra quyết định sớm hơn nếu quý vị chưa nhận được thuốc và tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu chúng tôi phải làm vậy.
  - Nếu chúng tôi không đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 7 ngày, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, kháng cáo sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét. Phần 7.6 giải thích quy trình kháng cáo Cấp 2.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm ngay khi tình trạng sức khỏe của quý vị yêu cầu, nhưng muộn nhất là **7 ngày** kể từ khi nhận được đơn kháng cáo của quý vị.
- **Nếu câu trả lời của chúng tôi là từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích rõ lý do từ chối và hướng dẫn quý vị cách kháng cáo quyết định của chúng tôi.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

***Thời hạn kháng cáo tiêu chuẩn liên quan đến thanh toán cho một loại thuốc quý vị đã mua***

- Chúng tôi phải phản hồi quý vị **trong vòng 14 ngày** kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị.
  - Nếu không đáp ứng thời hạn này, chúng tôi phải gửi yêu cầu của quý vị lên Cấp 2 của quy trình kháng cáo, ở cấp này, kháng cáo sẽ được một tổ chức xét duyệt độc lập xem xét.
- Nếu câu trả lời của chúng tôi là **đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi cũng sẽ cần thanh toán cho quý vị trong vòng 30 ngày theo lịch sau khi nhận được yêu cầu của quý vị.
- Nếu câu trả lời của chúng tôi là **từ chối một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu**, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản giải thích rõ lý do từ chối và hướng dẫn quý vị cách kháng cáo quyết định của chúng tôi.

**Bước 4: Nếu chúng tôi từ chối kháng cáo của quý vị, quý vị có thể quyết định xem có muốn tiếp tục quy trình kháng cáo hay không và thực hiện một kháng cáo khác.**

- Nếu quý vị quyết định thực hiện một kháng cáo khác, điều đó có nghĩa là kháng cáo của quý vị sẽ được chuyển đến Cấp 2 của quy trình kháng cáo.

**Phần 7.6                      Hướng dẫn từng bước: Cách thực hiện kháng cáo Cấp 2**

**Thuật Ngữ Pháp Lý**

Tên đầy đủ của tổ chức xét duyệt độc lập là **Pháp Nhân Xét Duyệt Độc Lập**. Đôi khi được gọi là **IRE**.

**Tổ chức xét duyệt độc lập là một tổ chức độc lập do Medicare thuê.** Tổ chức này không liên kết với chúng tôi và không phải là một cơ quan chính phủ. Tổ chức này sẽ xác định xem quyết định mà chúng tôi đã đưa ra đã chính xác chưa hay có cần phải thay đổi gì không. Medicare sẽ giám sát công việc của tổ chức này.

**Bước 1: Quý vị (hoặc người đại diện của quý vị hoặc bác sĩ của quý vị hoặc người kê toa khác) phải liên hệ với tổ chức xét duyệt độc lập và yêu cầu xét duyệt trường hợp của quý vị.**

- Nếu chúng tôi từ chối Kháng Cáo Cấp 1 của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một văn bản thông báo, trong đó có **hướng dẫn cách thực hiện kháng cáo Cấp 2** lên tổ chức xét duyệt độc lập. Hướng dẫn này sẽ nêu rõ ai có thể thực hiện kháng cáo Cấp 2, thời hạn cần tuân thủ và cách liên hệ với tổ chức xét duyệt. Tuy nhiên, nếu chúng tôi chưa đánh giá xong trong khung thời gian áp dụng hoặc đưa ra một quyết định bất lợi về việc xác định **rủi ro** theo chương trình quản lý thuốc của chúng tôi, chúng tôi sẽ tự động chuyển yêu cầu của quý vị đến IRE.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

- Chúng tôi sẽ gửi thông tin về kháng cáo của quý vị cho tổ chức này. Thông tin này được gọi là **hồ sơ vụ việc** của quý vị. **Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi cung cấp một bản sao hồ sơ vụ việc của quý vị.**
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin bổ sung cho tổ chức xét duyệt độc lập để lý giải cho kháng cáo của quý vị.

**Bước 2: Tổ chức xét duyệt độc lập xem xét đơn kháng cáo của quý vị.**

Những người xét duyệt tại tổ chức xét duyệt độc lập sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến đơn kháng cáo của quý vị.

***Thời hạn kháng cáo nhanh***

- Nếu tình trạng sức khỏe của quý vị cấp bách, hãy yêu cầu tổ chức xét duyệt độc lập cho phép “kháng cáo nhanh”.
- Nếu tổ chức xét duyệt đồng ý cho phép quý vị “kháng cáo nhanh”, tổ chức xét duyệt phải phản hồi kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị.

***Thời hạn kháng cáo tiêu chuẩn***

- Đối với kháng cáo tiêu chuẩn, tổ chức xét duyệt phải phản hồi kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 7 ngày** kể từ khi nhận được kháng cáo của quý vị, nếu kháng cáo liên quan đến loại thuốc mà quý vị vẫn chưa nhận được. Nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn tiền cho thuốc mà quý vị đã mua, tổ chức xét duyệt phải phản hồi kháng cáo Cấp 2 của quý vị **trong vòng 14 ngày** kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị.

**Bước 3: Tổ chức xét duyệt độc lập phản hồi quý vị.**

***Đối với kháng cáo nhanh:***

- Nếu tổ chức xét duyệt độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ những gì quý vị yêu cầu, chúng tôi phải cung cấp bảo hiểm thuốc đã được tổ chức xét duyệt chấp thuận **trong vòng 24 giờ** kể từ khi nhận được quyết định từ tổ chức xét duyệt.

***Đối với kháng cáo tiêu chuẩn:***

- Nếu tổ chức xét duyệt độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu bảo hiểm của quý vị, chúng tôi phải **cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được tổ chức xét duyệt chấp thuận **trong vòng 72 giờ** kể từ khi nhận được quyết định từ tổ chức xét duyệt.
- Nếu tổ chức xét duyệt độc lập đồng ý với một phần hoặc toàn bộ yêu cầu hoàn tiền cho thuốc mà quý vị đã mua, chúng tôi phải **hoàn tiền cho quý vị trong vòng 30 ngày** kể từ khi nhận được quyết định từ tổ chức xét duyệt.



**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

**Điều gì xảy ra nếu tổ chức xét duyệt từ chối kháng cáo của quý vị?**

Nếu tổ chức này từ chối một phần hoặc toàn bộ kháng cáo của quý vị, điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định chúng tôi rằng yêu cầu của quý vị (hoặc một phần yêu cầu của quý vị) không được chấp thuận. (Đây được gọi là **giữ nguyên quyết định**. Còn được gọi là **từ chối kháng cáo của quý vị**.) Trong trường hợp này, tổ chức xét duyệt độc lập sẽ gửi cho quý vị một lá thư:

- Giải thích quyết định của họ.
- Thông báo cho quý vị về quyền kháng cáo Cấp 3 giá trị đô la của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu có đáp ứng một mức tối thiểu nhất định hay không. Nếu giá trị đô la của bảo hiểm thuốc mà quý vị yêu cầu quá thấp, quý vị không thể thực hiện một kháng cáo khác và quyết định ở Cấp 2 là quyết định cuối cùng.
- Cho quý vị biết giá trị đô la đang tranh chấp để tiếp tục quy trình kháng cáo.

**Bước 4: Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng các yêu cầu, quý vị có thể quyết định xem có muốn tiếp tục kháng cáo hay không.**

- Có ba cấp bổ sung trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng có năm cấp kháng cáo).
- Nếu quý vị muốn tiếp tục chuyển lên kháng cáo Cấp 3, chi tiết về cách thức thực hiện có trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau quyết định kháng cáo Cấp 2.
- Kháng cáo Cấp 3 sẽ do một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc trọng tài giải quyết. Phần 10 trong chương này cho biết thêm về các Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

---

**PHẦN 8                      Cách yêu cầu chúng tôi bao trả thời gian nằm viện nội trú dài hơn nếu quý vị cho rằng quý vị được cho xuất viện quá sớm**

---

Khi quý vị nhập viện, quý vị có quyền nhận được tất cả các dịch vụ bệnh viện được bao trả, cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc chấn thương của quý vị.

Trong thời gian quý vị nằm viện được bao trả, bác sĩ và nhân viên bệnh viện sẽ làm việc với quý vị để chuẩn bị cho ngày quý vị xuất viện. Họ sẽ giúp bố trí chăm sóc cho quý vị nếu cần sau khi xuất viện.

- Ngày quý vị xuất viện được gọi là **ngày xuất viện**.
- Khi ngày xuất viện của quý vị được ấn định, bác sĩ hoặc nhân viên bệnh viện sẽ thông báo cho quý vị biết.
- Nếu quý vị cho rằng mình đang được yêu cầu xuất viện quá sớm, quý vị có thể yêu cầu ở lại bệnh viện lâu hơn và yêu cầu của quý vị sẽ được xem xét.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

**Phần 8.1 Trong thời gian nằm viện nội trú, quý vị sẽ nhận được văn bản thông báo từ Medicare nêu rõ các quyền của quý vị**

Trong vòng 2 ngày sau khi nhập viện, quý vị sẽ nhận được một văn bản thông báo gọi là *Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Các Quyền của Quý Vị* (An Important Message from Medicare about Your Rights). Mọi người tham gia Medicare đều nhận được bản sao của thông báo này. Nếu quý vị không nhận được thông báo từ một người nào đó tại bệnh viện (ví dụ, nhân viên phụ trách hay y tá), hãy hỏi nhân viên bệnh viện. Nếu quý vị cần hỗ trợ, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách hàng hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần (TTY 1-877-486-2048).

1. **Đọc kỹ thông báo này và đặt câu hỏi nếu quý vị chưa hiểu rõ.** Thông báo này cho quý vị biết:
  - Quyền nhận được các dịch vụ thuộc phạm vi bảo hiểm Medicare trong và sau thời gian nằm viện, theo chỉ định của bác sĩ. Quyền này bao gồm quyền được biết những dịch vụ này là gì, ai là người chi trả tiền và nơi có thể nhận được các dịch vụ đó.
  - Quyền của quý vị được tham gia vào bất kỳ quyết định nào về việc nằm viện của quý vị.
  - Nơi tiếp nhận báo cáo bất kỳ phản ánh nào của quý vị về chất lượng dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện.
  - Quý vị được quyền **yêu cầu xem xét tức thì** đối với quyết định xuất viện nếu quý vị cho rằng mình được xuất viện quá sớm. Đây là cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu hoãn ngày xuất viện để chúng tôi bao trả chi phí chăm sóc tại bệnh viện của quý vị trong thời gian dài hơn.
  
2. **Quý vị phải ký vào văn bản thông báo để thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo và hiểu rõ các quyền của mình.**
  - Quý vị hoặc người thay mặt quý vị phải ký vào thông báo này.
  - Việc ký vào thông báo này *chỉ* thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin về các quyền của mình. Thông báo không cho biết ngày xuất viện của quý vị. Ký vào **thông báo này không có nghĩa** là quý vị đồng ý với ngày xuất viện.
  
3. **Lưu giữ bản sao** của thông báo này để quý vị biết thông tin về cách kháng cáo (hoặc báo cáo một vấn đề về chất lượng chăm sóc) khi cần.
  - Nếu quý vị ký vào thông báo hơn hai ngày trước ngày xuất viện, quý vị sẽ nhận được một bản sao khác trước lịch xuất viện dự kiến.
  - Để xem trước bản sao của thông báo này, quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể xem thông báo trực tuyến tại [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices).

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

**Phần 8.2 Hướng dẫn từng bước: Cách thực hiện kháng cáo Cấp 1 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị**

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi chi trả các dịch vụ nội trú tại bệnh viện của mình trong thời gian dài hơn, quý vị cần sử dụng quy trình kháng cáo để thực hiện yêu cầu này. Trước khi bắt đầu, hãy hiểu rõ những gì quý vị cần làm và thời hạn là gì.

- **Thực hiện theo đúng quy trình.**
- **Đáp ứng thời hạn.**
- **Hãy nhờ trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng. Hoặc gọi cho Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (State Health Insurance Assistance Program) của quý vị, một tổ chức chính phủ cung cấp dịch vụ hỗ trợ phù hợp với từng cá nhân.

**Trong quá trình kháng cáo Cấp 1, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ đánh giá kháng cáo của quý vị.** Tổ chức sẽ kiểm tra xem ngày xuất viện dự kiến của quý vị có phù hợp về mặt y tế hay không.

**Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng** là một nhóm các bác sĩ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ Liên Bang trả lương để kiểm tra và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare. Điều này bao gồm việc đánh giá ngày xuất viện của những người tham gia Medicare. Những chuyên gia này không thuộc chương trình của chúng tôi.

**Bước 1: Liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng phụ trách tiểu bang của quý vị và yêu cầu đánh giá tức thì việc xuất viện của quý vị. Quý vị phải hành động thật nhanh.**

*Quý vị có thể liên hệ với tổ chức này bằng cách nào?*

- Văn bản thông báo mà quý vị nhận được (*Thông Báo Quan Trọng từ Medicare về Các Quyền của Quý Vị*) sẽ hướng dẫn quý vị cách liên hệ với tổ chức này. Hoặc tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng phụ trách tiểu bang của quý vị ở Chương 2.

**Hãy hành động thật nhanh:**

- Để kháng cáo, quý vị phải liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng *trước khi* xuất viện và **không muộn hơn 12 giờ đêm của ngày xuất viện.**
  - **Nếu quý vị đáp ứng thời hạn này,** quý vị có thể ở lại bệnh viện *sau* ngày xuất viện mà *không phải trả tiền*, trong thời gian chờ quyết định từ Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng.
  - **Nếu quý vị không đáp ứng thời hạn này** và quý vị quyết định ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến, *quý vị có thể phải chi trả tất cả các chi phí* chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị nhận được sau ngày xuất viện dự kiến.

## **Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

Khi quý vị yêu cầu đánh giá tức thì việc xuất viện của quý vị, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ liên hệ với chúng tôi. Vào buổi trưa ngày sau khi chúng tôi được liên hệ, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị **Detailed Notice of Discharge (Thông Báo Chi Tiết về Việc Xuất Viện)**. Thông báo này cho biết ngày xuất viện dự kiến của quý vị và giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi cho rằng ngày xuất viện dự kiến là phù hợp (về mặt y tế) với quý vị.

Quý vị có thể nhận mẫu **Detailed Notice of Discharge (Thông Báo Chi Tiết về việc Xuất Viện)** bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách hàng hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. (Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048.) Hoặc quý vị có thể xem mẫu thông báo trực tuyến tại [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

### **Bước 2: Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng tiến hành đánh giá độc lập trường hợp của quý vị.**

- Các chuyên gia y tế tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (người xét duyệt) sẽ hỏi quý vị (hoặc người đại diện của quý vị) lý do tại sao quý vị cho rằng cần tiếp tục bao trả cho các dịch vụ. Quý vị không phải chuẩn bị bất cứ thứ gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu quý vị muốn.
- Những người xét duyệt cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà bệnh viện và chúng tôi đã cung cấp cho họ.
- Vào buổi trưa ngày sau khi những người xét duyệt thông báo cho chúng tôi về kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ nhận được văn bản thông báo từ chúng tôi cho biết ngày xuất viện dự kiến của quý vị. Thông báo này cũng giải thích chi tiết lý do tại sao bác sĩ của quý vị, bệnh viện và chúng tôi cho rằng ngày xuất viện dự kiến là phù hợp (về mặt y tế) với quý vị.

### **Bước 3: Trong vòng một ngày kể từ khi có đủ thông tin cần thiết, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ phản hồi kháng cáo của quý vị.**

#### ***Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là đồng ý?***

- Nếu tổ chức xét duyệt **đồng ý**, chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ nội trú tại bệnh viện được bao trả của quý vị, miễn là các dịch vụ này cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình (chẳng hạn như các khoản khấu trừ hoặc khoản đồng thanh toán, nếu có). Ngoài ra, có thể có những giới hạn đối với các dịch vụ bệnh viện được bao trả cho quý vị.

#### ***Điều gì xảy ra nếu câu trả lời là từ chối?***

- Nếu tổ chức xét duyệt **từ chối** kháng cáo của quý vị, thì điều đó có nghĩa là ngày xuất viện dự kiến của quý vị là phù hợp về mặt y tế. Nếu điều này xảy ra, **bảo hiểm của chúng tôi cho các dịch vụ bệnh viện nội trú của quý vị sẽ kết thúc** vào buổi trưa của ngày *sau khi* Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng phản hồi kháng cáo của quý vị.
- Nếu tổ chức xét duyệt **từ chối** kháng cáo của quý vị và quý vị quyết định vẫn ở lại bệnh viện, thì **quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí** chăm sóc tại bệnh viện mà quý

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

vị nhận được sau buổi trưa của ngày sau khi Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng phản hồi kháng cáo của quý vị.

**Bước 4: Nếu câu trả lời cho kháng cáo Cấp 1 của quý vị là từ chối, quý vị có thể quyết định xem có muốn thực hiện một kháng cáo khác hay không.**

- Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối kháng cáo của quý vị và quý vị ở lại bệnh viện sau ngày xuất viện dự kiến, thì quý vị có thể thực hiện một kháng cáo khác. Thực hiện kháng cáo khác có nghĩa là quý vị chuyển lên **Cấp 2** của quy trình kháng cáo.

**Phần 8.3                      Hướng dẫn từng bước: Cách thực hiện kháng cáo Cấp 2 để thay đổi ngày xuất viện của quý vị**

Trong quá trình kháng cáo Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng xem xét lại quyết định cho lần kháng cáo đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối kháng cáo Cấp 2 của quý vị, quý vị có thể phải trả toàn bộ chi phí cho thời gian lưu trú sau ngày xuất viện dự kiến.

**Bước 1: Liên hệ lại với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và yêu cầu đánh giá lại.**

- Quý vị phải yêu cầu đánh giá này **trong vòng 60 ngày** kể từ ngày Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng *từ chối* kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu đánh giá này nếu quý vị ở lại bệnh viện sau ngày bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc.

**Bước 2: Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ đánh giá lần hai tình huống của quý vị.**

- Những người xét duyệt tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.

**Bước 3: Trong vòng 14 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu kháng cáo Cấp 2 của quý vị, những người xét duyệt sẽ ra quyết định về kháng cáo của quý vị và cho quý vị biết quyết định của họ.**

*Nếu tổ chức xét duyệt đồng ý:*

- **Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị** phần chia sẻ chi phí của chúng tôi cho các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà quý vị đã nhận kể từ trưa ngày sau ngày Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối kháng cáo đầu tiên của quý vị. **Chúng tôi phải tiếp tục bao trả cho dịch vụ chăm sóc bệnh viện nội trú của quý vị, miễn sao điều đó là cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình và các giới hạn bảo hiểm có thể được áp dụng.

*Nếu tổ chức xét duyệt từ chối:*

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định mà họ đã đưa ra trong kháng cáo Cấp 1 của quý vị.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

- Thông báo quý vị nhận được sẽ thể hiện bằng văn bản những gì quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình đánh giá.

**Bước 4: Nếu câu trả lời là từ chối, quý vị cần quyết định xem có muốn tiếp tục kháng cáo bằng cách chuyển lên Cấp 3 hay không.**

- Có ba cấp bổ sung trong quy trình kháng cáo sau Cấp 2 (tổng cộng có năm cấp kháng cáo). Nếu quý vị muốn tiếp tục chuyển lên kháng cáo Cấp 3, chi tiết về cách thức thực hiện có trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau quyết định kháng cáo Cấp 2.
- Kháng cáo Cấp 3 sẽ do một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc trọng tài giải quyết. Phần 10 trong chương này cho biết thêm về các Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

**PHẦN 9 Cách yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả cho một số dịch vụ y tế nhất định nếu quý vị cho rằng bảo hiểm của mình kết thúc quá sớm**

**Phần 9.1** *Phần này chỉ đề cập đến ba dịch vụ:*  
**Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề và các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORF)**

Khi quý vị đang hưởng **dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, dịch vụ chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề hoặc chăm sóc phục hồi chức năng (Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú)** được bao trả, quý vị có quyền tiếp tục nhận các dịch vụ cho loại hình chăm sóc đó chừng nào dịch vụ chăm sóc đó còn cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc chấn thương của quý vị.

Khi chúng tôi quyết định đã đến lúc ngừng chi trả bất kỳ loại nào trong ba loại hình chăm sóc cho quý vị, chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị. Khi bảo hiểm của quý vị cho dịch vụ chăm sóc đó kết thúc, *chúng tôi sẽ ngừng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.*

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi kết thúc bảo hiểm chăm sóc của quý vị quá sớm, **quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi.** Phần này cho quý vị biết cách yêu cầu kháng cáo.

**Phần 9.2** **Chúng tôi sẽ thông báo trước cho quý vị về thời điểm kết thúc bảo hiểm**

**Thuật Ngữ Pháp Lý**

**Thông Báo Chấm Dứt Bảo Hiểm Medicare.** Văn bản này hướng dẫn quý vị cách yêu cầu **kháng cáo nhanh.** Yêu cầu kháng cáo nhanh là cách chính thức, hợp pháp để yêu cầu thay đổi quyết định bao trả của chúng tôi về thời điểm ngừng bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

1. **Quý vị nhận được văn bản thông báo** chậm nhất hai ngày trước khi chương trình của chúng tôi ngừng chi trả dịch vụ chăm sóc cho quý vị. Thông báo này cho quý vị biết:
  - Ngày chúng tôi sẽ ngừng chi trả dịch vụ chăm sóc cho quý vị.
  - Cách yêu cầu kháng cáo nhanh để yêu cầu chúng tôi tiếp tục bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị trong một khoảng thời gian dài hơn.
  
2. **Quý vị hoặc ai đó đại diện cho quý vị, phải ký vào văn bản thông báo để thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông báo đó.** Việc ký tên vào thông báo này *chỉ* thể hiện rằng quý vị đã nhận được thông tin về thời điểm ngừng bảo hiểm của quý vị. **Ký tên không có nghĩa là quý vị đồng ý** với quyết định dừng dịch vụ chăm sóc của chương trình.

**Phần 9.3**                      **Hướng dẫn từng bước: Cách thực hiện kháng cáo Cấp 1 để yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả chi phí chăm sóc cho quý vị trong thời gian dài hơn**

Nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi bao trả chi phí chăm sóc cho quý vị trong một thời gian dài hơn, quý vị cần sử dụng quy trình kháng cáo để yêu cầu. Trước khi bắt đầu, hãy hiểu rõ những gì quý vị cần làm và thời hạn là gì.

- **Thực hiện theo đúng quy trình.**
- **Đáp ứng thời hạn.**
- **Hãy nhờ trợ giúp nếu quý vị cần.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp bất cứ lúc nào, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng. Hoặc gọi cho Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (State Health Insurance Assistance Program) của quý vị, một tổ chức chính phủ cung cấp dịch vụ hỗ trợ phù hợp với từng cá nhân.

**Trong quá trình kháng cáo Cấp 1, Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ đánh giá kháng cáo của quý vị.** Thông báo này quyết định xem ngày kết thúc dịch vụ chăm sóc của bạn có phù hợp về mặt y tế hay không.

**Bước 1: Kháng cáo Cấp 1 của quý vị: liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và yêu cầu *kháng cáo nhanh*.** Quý vị phải hành động thật nhanh.

*Quý vị có thể liên hệ với tổ chức này bằng cách nào?*

- Văn bản thông báo mà quý vị nhận được (*Thông Báo Chấm Dứt Bảo Hiểm Medicare*) sẽ hướng dẫn quý vị cách liên hệ với tổ chức này. (Hoặc quý vị có thể tìm tên, địa chỉ và số điện thoại của Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng phụ trách tiểu bang của quý vị ở Chương 2.)

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

***Hãy hành động thật nhanh:***

- Quý vị phải liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng để bắt đầu kháng cáo **chậm nhất vào trưa của ngày trước ngày có hiệu lực** trên *Thông Báo Chấm Dứt Bảo Hiểm Medicare*.
- Nếu bỏ lỡ thời hạn liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng, quý vị có thể vẫn có quyền kháng cáo. Hãy liên hệ với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng.

**Bước 2: Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng tiến hành đánh giá độc lập trường hợp của quý vị.**

**Thuật Ngữ Pháp Lý**

**Giải Thích Chi Tiết về việc Chấm Dứt Bảo Hiểm.** Thông báo cung cấp thông tin chi tiết về lý do chấm dứt bảo hiểm.

***Điều gì xảy ra trong quá trình đánh giá này?***

- Các chuyên gia y tế tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (người xét duyệt) sẽ hỏi quý vị, hoặc người đại diện của quý vị, lý do tại sao quý vị cho rằng cần tiếp tục bao trả cho các dịch vụ. Quý vị không phải chuẩn bị bất cứ thứ gì bằng văn bản, nhưng quý vị có thể làm như vậy nếu quý vị muốn.
- Tổ chức xét duyệt cũng sẽ xem xét thông tin y tế của quý vị, nói chuyện với bác sĩ của quý vị và xem xét thông tin mà chương trình của chúng tôi cung cấp.
- Vào cuối ngày, những người xét duyệt sẽ thông báo cho chúng tôi về kháng cáo của quý vị và quý vị cũng sẽ nhận được **Giải Thích Chi Tiết về việc Chấm Dứt Bảo Hiểm** từ chúng tôi lý do chúng tôi chấm dứt chi trả cho các dịch vụ của quý vị.

**Bước 3: Trong vòng một ngày kể từ khi có đủ thông tin cần thiết, những người xét duyệt sẽ cho quý vị biết quyết định của họ.**

***Điều gì xảy ra nếu những người xét duyệt đồng ý?***

- Nếu người xét duyệt **đồng ý** với kháng cáo của quý vị, thì **chúng tôi sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ được bao trả cho quý vị miễn là cần thiết về mặt y tế.**
- Quý vị sẽ phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình (chẳng hạn như các khoản khấu trừ hoặc khoản đồng thanh toán, nếu có). Có thể có những giới hạn đối với các dịch vụ được bao trả cho quý vị.

***Điều gì xảy ra nếu những người xét duyệt từ chối?***

- Nếu những người xét duyệt **từ chối**, thì **bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc vào ngày chúng tôi đã thông báo cho quý vị.**
- Nếu quý vị quyết định tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề hoặc các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện



**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

Ngoại Trú (CORF) *sau* ngày bảo hiểm của quý vị kết thúc, thì **quý vị sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí** của dịch vụ chăm sóc đó.

**Bước 4: Nếu câu trả lời cho kháng cáo Cấp 1 của quý vị là từ chối, quý vị có thể quyết định xem có muốn thực hiện một kháng cáo khác hay không.**

- Nếu những người xét duyệt *từ chối* kháng cáo Cấp 1 của quý vị – và quý vị chọn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau khi bao trả cho dịch vụ chăm sóc của quý vị kết thúc – thì quý vị có thể thực hiện một kháng cáo Cấp 2.

**Phần 9.4**                      **Hướng dẫn từng bước: Cách thực hiện kháng cáo Cấp 2 để yêu cầu chương trình của chúng tôi bao trả chi phí chăm sóc cho quý vị trong thời gian dài hơn**

Trong quá trình kháng cáo Cấp 2, quý vị yêu cầu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng xem xét lại quyết định cho lần kháng cáo đầu tiên của quý vị. Nếu Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng từ chối kháng cáo Cấp 2, quý vị có thể phải thanh toán toàn bộ chi phí cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng lành nghề hoặc các dịch vụ của Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (CORF) *sau* ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc.

**Bước 1: Liên hệ lại với Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và yêu cầu đánh giá lại.**

- Quý vị phải yêu cầu bước đánh giá này **trong vòng 60 ngày** kể từ ngày Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng *từ chối* kháng cáo Cấp 1 của quý vị. Quý vị chỉ có thể yêu cầu đánh giá này nếu quý vị tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc sau ngày bảo hiểm chăm sóc của quý vị kết thúc.

**Bước 2: Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ đánh giá lần hai tình huống của quý vị.**

- Những người xét duyệt tại Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng sẽ xem xét cẩn thận tất cả các thông tin liên quan đến kháng cáo của quý vị.

**Bước 3: Trong vòng 14 ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu kháng cáo của quý vị, những người xét duyệt sẽ đưa ra quyết định về kháng cáo và cho quý vị biết quyết định của họ.**

*Điều gì xảy ra nếu tổ chức xét duyệt đồng ý?*

- **Chúng tôi phải hoàn trả cho quý vị** phần chia sẻ chi phí của chúng tôi đối với các dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã nhận kể từ ngày chúng tôi thông báo bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc. **Chúng tôi phải tiếp tục bao trả** các dịch vụ chăm sóc miễn là cần thiết về mặt y tế.
- Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần chia sẻ chi phí của mình và có thể có những giới hạn bảo hiểm được áp dụng.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

**Điều gì xảy ra nếu tổ chức xét duyệt từ chối?**

- Điều đó có nghĩa là họ đồng ý với quyết định đưa ra trong kháng cáo Cấp 1 của quý vị.
- Thông báo quý vị nhận được sẽ thể hiện bằng văn bản những gì quý vị có thể làm nếu quý vị muốn tiếp tục quy trình đánh giá. Thông báo sẽ cung cấp cho quý vị thông tin chi tiết về cách chuyển lên cấp kháng cáo tiếp theo, cấp này sẽ do Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc trọng tài giải quyết.

**Bước 4: Nếu câu trả lời là từ chối, quý vị sẽ phải quyết định xem có muốn tiếp tục kháng cáo hay không.**

- Có ba cấp kháng cáo bổ sung sau Cấp 2, tổng cộng có năm cấp kháng cáo. Nếu quý vị muốn tiếp tục chuyển lên kháng cáo Cấp 3, chi tiết về cách thức thực hiện có trong văn bản thông báo mà quý vị nhận được sau quyết định kháng cáo Cấp 2.
- Kháng cáo Cấp 3 sẽ do một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc trọng tài giải quyết. Phần 10 trong chương này cho biết thêm về các Cấp 3, 4 và 5 của quy trình kháng cáo.

**PHẦN 10 Đưa kháng cáo của quý vị lên Cấp 3 trở lên**

**Phần 10.1 Kháng Cáo Cấp 3, 4 và 5 đối với Yêu Cầu Dịch Vụ Y Tế**

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã thực hiện kháng cáo Cấp 1 và kháng Cáo Cấp 2, hay cả hai kháng cáo của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị đô la của hạng mục hoặc dịch vụ y tế mà quý vị đã kháng cáo đáp ứng mức tối thiểu quy định, quý vị có thể chuyển đến các cấp kháng cáo bổ sung. Nếu giá trị đô la nhỏ hơn mức tối thiểu quy định, quý vị không thể kháng cáo thêm. Văn bản phản hồi mà quý vị nhận được đối với kháng cáo Cấp 2 sẽ giải thích rõ cách tiến hành kháng cáo Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng cáo, ba cấp kháng cáo cuối cùng hoạt động theo cùng một cách. Đây là người xử lý đánh giá kháng cáo của quý vị ở mỗi cấp này.

**Kháng cáo Cấp 3 Một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc một trọng tài làm việc cho chính phủ Liên Bang sẽ đánh giá kháng cáo và phản hồi quý vị.**

- **Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc trọng tài đồng ý với kháng cáo của quý vị, thì quy trình kháng cáo có thể kết thúc hoặc có thể không.** Không giống như quyết định ở kháng cáo Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng cáo một quyết định Cấp 3 có lợi cho quý vị. Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo, kháng cáo sẽ chuyển lên Cấp 4.
  - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng cáo, chúng tôi phải cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày kể từ khi nhận được quyết định của Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc trọng tài.
  - Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo quyết định này, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản sao yêu cầu kháng cáo Cấp 4 cùng với bất kỳ tài liệu nào kèm theo. Chúng tôi

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

có thể đợi quyết định kháng cáo Cấp 4 trước khi cho phép hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế đang tranh chấp.

- **Nếu Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc trọng tài từ chối kháng cáo của quý vị, thì quy trình kháng cáo có thể kết thúc hoặc có thể không.**
  - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng cáo của mình, thì quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
  - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình đánh giá. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết những việc cần làm cho kháng cáo Cấp 4.

**Kháng cáo Cấp 4** Hội Đồng Kháng Cáo Medicare (Hội đồng) sẽ đánh giá kháng cáo của quý vị và phản hồi cho quý vị. Hội Đồng là một phần của chính phủ Liên Bang.

- **Nếu câu trả lời là đồng ý hoặc nếu Hội Đồng từ chối yêu cầu của chúng tôi về việc đánh giá một quyết định kháng cáo Cấp 3 có lợi cho quý vị, thì quy trình kháng cáo có thể kết thúc hoặc có thể không.** Không giống như quyết định ở Cấp 2, chúng tôi có quyền kháng cáo một quyết định Cấp 4 có lợi cho quý vị. Chúng tôi sẽ quyết định xem có cần kháng cáo quyết định này lên Cấp 5 hay không.
  - Nếu chúng tôi quyết định *không* kháng cáo quyết định, chúng tôi sẽ cho phép hoặc cung cấp dịch vụ cho quý vị trong vòng 60 ngày kể từ khi nhận được quyết định của Hội Đồng.
  - Nếu chúng tôi quyết định kháng cáo quyết định đó, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- **Nếu câu trả lời là từ chối hoặc nếu Hội Đồng từ chối yêu cầu đánh giá, quy trình kháng cáo có thể kết thúc hoặc có thể không.**
  - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng cáo của mình, thì quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
  - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục chuyển lên cấp tiếp theo của quy trình đánh giá. Nếu Hội Đồng từ chối kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ nhận được thông báo cho biết liệu các quy tắc có cho phép quý vị chuyển lên kháng cáo Cấp 5 hay không và làm thế nào để tiếp tục kháng cáo Cấp 5.

**Kháng cáo Cấp 5** Một thẩm phán tại Tòa Án Quận Liên Bang sẽ đánh giá kháng cáo của quý vị.

- Một thẩm phán sẽ đánh giá tất cả thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *từ chối* yêu cầu của quý vị. Đây là quyết định cuối cùng. Không còn cấp kháng cáo nào nữa sau Tòa Án Quận Liên Bang.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

**Phần 10.2 Kháng Cáo Cấp 3, 4 và 5 đối với Yêu cầu Thuốc Part D**

Phần này có thể phù hợp với quý vị nếu quý vị đã thực hiện kháng cáo Cấp 1 và kháng Cáo Cấp 2, hay cả hai kháng cáo của quý vị đều bị từ chối.

Nếu giá trị của loại thuốc mà quý vị kháng cáo đáp ứng mức tiền tối thiểu quy định, quý vị có thể tiếp tục các cấp kháng cáo bổ sung. Nếu giá trị ít hơn mức tiền quy định, quý vị không thể kháng cáo thêm. Văn bản phản hồi mà quý vị nhận được đối với kháng cáo Cấp 2 sẽ giải thích rõ cần liên hệ với ai và phải làm những gì để yêu cầu kháng cáo Cấp 3.

Đối với hầu hết các tình huống liên quan đến kháng cáo, ba cấp kháng cáo cuối cùng hoạt động theo cùng một cách. Đây là người xử lý đánh giá kháng cáo của quý vị ở mỗi cấp này.

**Kháng cáo Cấp 3 Một Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc một trọng tài làm việc cho chính phủ Liên Bang sẽ đánh giá kháng cáo và phản hồi quý vị.**

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.** Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Thẩm Phán Luật Hành Chính hoặc trọng tài chấp thuận **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng cáo cấp tốc) hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày** kể từ khi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là từ chối, quy trình kháng cáo có thể kết thúc hoặc có thể không.**
  - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng cáo của mình, thì quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
  - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục chuyển đến cấp tiếp theo của quy trình đánh giá. Thông báo quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết những việc cần làm cho kháng cáo Cấp 4.

**Kháng cáo Cấp 4 Hội Đồng Kháng Cáo Medicare (Hội đồng) sẽ đánh giá kháng cáo của quý vị và phản hồi cho quý vị. Hội Đồng là một phần của chính phủ Liên Bang.**

- **Nếu câu trả lời là đồng ý, quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.** Chúng tôi phải **cho phép hoặc cung cấp bảo hiểm thuốc** đã được Hội Đồng chấp thuận **trong vòng 72 giờ (24 giờ đối với kháng cáo cấp tốc) hoặc thanh toán chậm nhất là 30 ngày** kể từ khi nhận được quyết định.
- **Nếu câu trả lời là từ chối, quy trình kháng cáo có thể kết thúc hoặc có thể không.**
  - Nếu quý vị quyết định chấp nhận quyết định từ chối kháng cáo của mình, thì quy trình kháng cáo sẽ kết thúc.
  - Nếu quý vị không muốn chấp nhận quyết định, quý vị có thể tiếp tục chuyển lên cấp tiếp theo của quy trình đánh giá. Nếu Hội Đồng từ chối kháng cáo của quý vị hoặc từ chối yêu cầu đánh giá kháng cáo của quý vị, thông báo sẽ cho quý vị biết liệu các quy tắc có cho phép quý vị tiếp tục kháng cáo Cấp 5 hay không. Văn bản

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

thông báo cũng sẽ cho quý vị biết phải liên hệ với ai và làm gì tiếp theo nếu quý vị chọn tiếp tục kháng cáo.

**Kháng cáo Cấp 5** Một thẩm phán tại **Tòa Án Quận Liên Bang** sẽ đánh giá kháng cáo của quý vị.

- Một thẩm phán sẽ đánh giá tất cả thông tin và quyết định *đồng ý* hoặc *từ chối* yêu cầu của quý vị. Đây là quyết định cuối cùng. Không còn cấp kháng cáo nào nữa sau Tòa Án Quận Liên Bang.

**PHẦN 11 Cách khiếu nại về chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi, dịch vụ khách hàng hoặc các vấn đề khác**

**Phần 11.1 Quy trình khiếu nại xử lý những loại vấn đề nào?**

Quy trình khiếu nại *chỉ* được sử dụng cho một số loại vấn đề nhất định. Bao gồm các vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi và dịch vụ khách hàng. Dưới đây là ví dụ về các loại vấn đề được xử lý bằng quy trình khiếu nại.

Thực hiện khiếu nại	Ví dụ
<b>Chất lượng chăm sóc y tế của quý vị</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị có không hài lòng với chất lượng dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được (bao gồm cả chăm sóc trong bệnh viện) không?</li> </ul>
<b>Tôn trọng quyền riêng tư của quý vị</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Có ai không tôn trọng quyền riêng tư hoặc thông tin bảo mật được chia sẻ của quý vị không?</li> </ul>
<b>Không tôn trọng, dịch vụ khách hàng kém hoặc các hành vi tiêu cực khác</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Có ai đó đã thô lỗ hoặc thiếu tôn trọng quý vị không?</li> <li>• Quý vị có hài lòng với Dịch Vụ Khách Hàng của chúng tôi không?</li> <li>• Quý vị có cảm thấy mình được khuyến khích rời bỏ chương trình không?</li> </ul>
<b>Thời gian chờ đợi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị có gặp khó khăn trong việc đặt lịch hẹn, hoặc chờ đợi quá lâu để có lịch hẹn không?</li> <li>• Quý vị có bị các bác sĩ, dược sĩ hoặc các chuyên gia y tế khác bắt phải chờ đợi quá lâu không? Hoặc bởi bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của chúng tôi hoặc nhân viên khác trong chương trình không?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ví dụ như chờ đợi quá lâu trên điện thoại, trong phòng chờ hoặc phòng khám hay khi nhận thuốc kê toa.</li> </ul> </li> </ul>

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

Thực hiện khiếu nại	Ví dụ
<b>Vệ sinh</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị có không hài lòng với điều kiện vệ sinh hoặc tình trạng của phòng khám, bệnh viện hoặc phòng mạch bác sĩ không?</li> </ul>
<b>Thông tin quý vị nhận được từ chúng tôi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chúng tôi đã không cung cấp cho quý vị một thông báo bắt buộc phải không?</li> <li>• Thông tin bằng văn bản của chúng tôi có khó hiểu không?</li> </ul>
<p><b>Tính kịp thời</b> (Tất cả các loại khiếu nại này đều liên quan đến tính kịp thời của các hành động của chúng tôi liên quan đến các quyết định bao trả và kháng cáo)</p>	<p>Nếu quý vị đã yêu cầu một quyết định bao trả hoặc kháng cáo và cho rằng chúng tôi không phản hồi đủ nhanh, quý vị cũng có thể khiếu nại về sự chậm trễ của chúng tôi. Dưới đây là các ví dụ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị đã yêu cầu chúng tôi cung cấp cho quý vị quyết định bao trả nhanh hoặc kháng cáo nhanh và chúng tôi đã từ chối; quý vị có thể khiếu nại.</li> <li>• Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng các thời hạn ra quyết định bao trả hoặc kháng cáo: quý vị có thể khiếu nại.</li> <li>• Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn chi trả hoặc hoàn trả cho quý vị đối với một số vật dụng y tế, dịch vụ hoặc thuốc đã được chấp thuận; quý vị có thể khiếu nại.</li> <li>• Quý vị cho rằng chúng tôi không đáp ứng thời hạn bắt buộc đối với việc chuyển trường hợp của quý vị đến tổ chức xét duyệt độc lập; quý vị có thể khiếu nại.</li> </ul>

**Phần 11.2**

**Cách khiếu nại**

**Thuật Ngữ Pháp Lý**

- **Khiếu nại** còn được gọi là **phàn nàn**.
- **Thực hiện khiếu nại** còn được gọi là **nêu phàn nàn**.
- **Sử dụng quy trình khiếu nại** còn được gọi là **sử dụng quy trình phàn nàn**.
- **Khiếu nại nhanh** còn được gọi là **phàn nàn cấp tốc**.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

**Phần 11.3 Hướng dẫn từng bước: Thực hiện khiếu nại**

**Bước 1: Liên hệ với chúng tôi ngay lập tức – qua điện thoại hoặc bằng văn bản.**

- **Thông thường, gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng là bước đầu tiên.** Nếu quý vị cần làm bất cứ điều gì khác, bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng sẽ cho quý vị biết.
- **Nếu không muốn gọi điện (hoặc quý vị đã gọi nhưng không hài lòng), quý vị có thể viết đơn khiếu nại và gửi cho chúng tôi.** Nếu quý vị gửi đơn khiếu nại bằng văn bản, chúng tôi sẽ trả lời đơn khiếu nại của quý vị bằng văn bản.
- Nếu có khiếu nại, quý vị hoặc đại diện được chỉ định của quý vị có thể gọi đến số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (TTY: 711). Quý vị cũng có thể gửi đơn khiếu nại của mình bằng văn bản đến Phòng Khiếu Nại và Phàn Nàn theo địa chỉ sau: Providence Health Assurance, Attn: Appeals and Grievances Department, P.O. Box 4158, Portland, OR 97208-4158.
- **Thời hạn** để khiếu nại là 60 ngày kể từ khi quý vị gặp vấn đề mà quý vị muốn khiếu nại.

**Bước 2: Chúng tôi xem xét khiếu nại của quý vị và phản hồi cho quý vị.**

- **Nếu có thể, chúng tôi sẽ trả lời cho quý vị ngay.** Nếu quý vị gọi cho chúng tôi để khiếu nại, chúng tôi có thể trả lời quý vị luôn trên cuộc gọi đó.
- **Hầu hết các khiếu nại đều được trả lời trong vòng 30 ngày.** Nếu chúng tôi cần thêm thông tin và sự trì hoãn là vì lợi ích tốt nhất của quý vị hoặc nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi có thể mất thêm tối đa 14 ngày (tổng cộng 44 ngày) để trả lời khiếu nại của quý vị. Nếu chúng tôi quyết định kéo dài thêm ngày, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- **Nếu quý vị khiếu nại vì chúng tôi đã từ chối yêu cầu của quý vị về quyết định bao trả nhanh hoặc kháng cáo nhanh, chúng tôi sẽ tự động gửi khiếu nại nhanh cho quý vị.** Nếu quý vị có khiếu nại nhanh, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ **phản hồi quý vị trong vòng 24 giờ.**
- **Nếu chúng tôi không đồng ý** với một số hoặc tất cả khiếu nại của quý vị hoặc không chịu trách nhiệm về vấn đề quý vị đang khiếu nại, chúng tôi sẽ trình bày lý do khi phản hồi quý vị.

**Phần 11.4 Quý vị cũng có thể khiếu nại về chất lượng chăm sóc lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng**

Khi quý vị phàn nàn về *chất lượng chăm sóc*, quý vị cũng có hai lựa chọn bổ sung:

- **Quý vị có thể khiếu nại trực tiếp lên Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng.** Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng là một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ Liên Bang trả lương để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân tham gia Medicare. Chương 2 có thông tin liên hệ.

*Hoặc*

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

- Quý vị có thể đồng thời khiếu nại tới cả Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng và chúng tôi.

**Phần 11.5 Quý vị cũng có thể cho Medicare biết về khiếu nại của quý vị**

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) trực tiếp cho Medicare. Để nộp đơn khiếu nại cho Medicare, hãy truy cập [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Quý vị cũng có thể gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY/TDD vui lòng gọi 1-877-486-2048.

**VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN QUYỀN LỢI CỦA OREGON HEALTH PLAN (MEDICAID)**

**PHẦN 12 Xử lý vấn đề liên quan đến quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid)**

**Phần 12.1 Cách khiếu nại hoặc phàn nàn thông qua Oregon Health Plan (Medicaid)**

Nếu không hài lòng về Oregon Health Plan (Medicaid), Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp Quản Lý Oregon Health Plan (Medicaid) của quý vị, nhà cung cấp hoặc dịch vụ mà quý vị nhận được, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại hoặc phàn nàn. Nếu quý vị đang tham gia một Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp quản lý Oregon Health Plan (Medicaid), hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của tổ chức đó hoặc gửi thư cho họ. Họ sẽ gọi lại hoặc trả lời thư của quý vị trong vòng 5 ngày để đưa ra phản hồi chính thức hoặc báo cho quý vị rằng họ cần thêm thời gian để hoàn tất quá trình xem xét. Nếu họ cần thêm thời gian, khiếu nại của quý vị sẽ có phản hồi chính thức trong vòng 30 ngày. Họ phải giải quyết khiếu nại của quý vị trong vòng 30 ngày. Nếu quý vị là khách hàng tham gia chương trình Trả Phí Theo Dịch Vụ (Fee-for-Service, FFS), hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của Oregon Health Plan (Medicaid) theo số 1-800-273-0557 (TTY 711).

**Phần 12.2 Cách kháng cáo một quyết định**

Nếu Oregon Health Plan (Medicaid) hoặc Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp quản lý Oregon Health Plan (Medicaid) từ chối, ngừng cung cấp hoặc cắt giảm một dịch vụ y tế, nha khoa hoặc sức khỏe hành vi mà nhà cung cấp của quý vị đã chỉ định, quý vị sẽ nhận được thư “**Thông Báo Về Hành Động/Từ Chối Cung Cấp Quyền Lợi**” (Notice of Action/Benefit Denial) qua đường bưu điện. Thư này giải thích lý do vì sao họ đưa ra quyết định đó. Thư này cũng sẽ hướng dẫn quý vị cách kháng cáo thông qua bảo hiểm Oregon Health Plan (Medicaid) của quý vị. Nếu không đồng ý với quyết định, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi thay đổi. Quý vị có thể thực hiện việc này bằng cách yêu cầu kháng cáo. Chúng tôi phải nhận được yêu cầu của quý vị trong vòng 60 ngày kể từ “Ngày Thông Báo” (Date of Notice) ghi trên thư Thông Báo về Hành Động/Từ Chối Cung Cấp Quyền Lợi.



**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

Trong quy trình kháng cáo, Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp quản lý Oregon Health Plan (Medicaid) sẽ đề nghị một chuyên gia chăm sóc sức khỏe xem xét trường hợp của quý vị. Cách yêu cầu kháng cáo:

- Gọi điện hoặc gửi thư cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp quản lý Oregon Health Plan (Medicaid)
- Gọi điện hoặc gửi thư cho Oregon Health Plan (Medicaid) nếu quý vị có OHP trả phí theo dịch vụ.

Khi nhận được quyết định về kháng cáo, nếu không đồng ý, quý vị có thể yêu cầu tổ chức một phiên điều trần. Quý vị phải yêu cầu phiên điều trần trong vòng 120 ngày kể từ “Ngày Thông Báo” ghi trên thư Thông Báo Quyết Định về Kháng Cáo (Notice of Appeal Resolution). Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp quản lý Oregon Health Plan (Medicaid) sẽ đính kèm mẫu đơn này khi gửi thư Thông Báo về Hành Động cho quý vị. Quý vị cũng có thể gọi cho Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp quản lý Oregon Health Plan (Medicaid), bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của OHP hoặc truy cập trang web [www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx](http://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx) để lấy mẫu đơn bằng ngôn ngữ quý vị ưu tiên sử dụng.

Hãy gọi cho Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp quản lý Oregon Health Plan (Medicaid) của quý vị nếu quý vị muốn được trợ giúp trong việc yêu cầu kháng cáo. Quý vị sẽ nhận được “Thông Báo Quyết Định về Kháng Cáo” từ tổ chức này trong vòng 16 ngày. Thông báo này cho quý vị biết người xét duyệt đồng ý hay không đồng ý với quyết định của OHP hoặc của Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp quản lý Oregon Health Plan (Medicaid). Trong thời gian chờ quyết định, quý vị có thể tiếp tục nhận được dịch vụ sắp bị ngừng cung cấp nếu quý vị:

- Yêu cầu Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp quản lý Oregon Health Plan (Medicaid) tiếp tục cung cấp dịch vụ; và
- Yêu cầu chậm nhất là vào ngày thứ mười sau ngày nhận được Thông Báo Về Hành Động/Quyết Định Bất Lợi về Quyền Lợi (Notice of Action/Adverse Benefit Determination) hoặc Thông Báo Quyết Định về Kháng Cáo.

Nếu quý vị nhận được thư này sau ngày có hiệu lực, vui lòng gọi điện để được hướng dẫn. Nếu người xét duyệt đồng ý với quyết định ban đầu, quý vị có thể phải thanh toán cho các dịch vụ mà quý vị nhận được sau ngày có hiệu lực ghi trên thư Thông Báo về Hành Động/Từ Chối Cung Cấp Quyền Lợi.

**Nếu quý vị cần kháng cáo nhanh (cấp tốc)**

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể cho rằng quý vị đang gặp vấn đề cấp bách về y tế, nha khoa hoặc sức khỏe tâm thần và không thể chờ quy trình kháng cáo thông thường. Trong trường hợp đó, hãy cho Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp quản lý Oregon Health Plan (Medicaid) biết là quý vị cần kháng cáo nhanh. Hãy gửi yêu cầu của quý vị cho họ qua fax. Quý vị cần gửi kèm văn bản lý giải của nhà cung cấp hoặc yêu cầu nhà cung cấp gọi điện và giải thích lý do vì sao dịch vụ này lại cấp bách. Nếu Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp quản lý Oregon Health Plan (Medicaid) đồng ý rằng đây là dịch vụ cấp bách thì họ sẽ gọi cho quý vị để thông báo quyết định trong vòng 72 giờ.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)****Kháng cáo do nhà cung cấp thực hiện**

Nhà cung cấp của quý vị có quyền kháng cáo thay quý vị khi chỉ định mà bác sĩ của họ đưa ra bị Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp quản lý Oregon Health Plan (Medicaid) từ chối.

**Phần 12.3 Cách yêu cầu phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang**

Thành viên của Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp quản lý Oregon Health Plan (Medicaid) và những người có OHP FFS có thể yêu cầu phiên điều trần với một thẩm phán luật hành chính của Oregon. Quý vị sẽ có 120 ngày kể từ ngày ghi trên “Thông Báo Quyết Định về Kháng Cáo” để yêu cầu OHP mở phiên điều trần.

Nếu không đồng ý với quyết định trên thư Thông Báo Quyết Định về Kháng Cáo, quý vị có thể yêu cầu phiên điều trần bằng cách hoàn thành Mẫu Đơn Yêu Cầu Kháng Cáo Và Điều Trần về Quyết Định Từ Chối Dịch Vụ Y Tế (Denial of medical services Appeal and Hearing Request Form, DMAP 3302). Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp quản lý Oregon Health Plan (Medicaid) sẽ đính kèm mẫu đơn này khi gửi thư “Thông Báo về Hành Động/Quyết Định Từ Chối Dịch Vụ” cho quý vị. Quý vị cũng có thể gọi cho Tổ Chức Chăm Sóc Phối Hợp quản lý Oregon Health Plan (Medicaid) hoặc bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của OHP để lấy mẫu đơn bằng ngôn ngữ quý vị ưu tiên sử dụng. Mẫu đơn này cũng có trên mạng tại địa chỉ [www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx](http://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx).

Tại phiên điều trần, quý vị có thể cho thẩm phán biết lý do quý vị không đồng ý với quyết định và lý do dịch vụ cần được bao trả. Quý vị không bắt buộc phải có luật sư, nhưng có thể thuê luật sư hoặc nhờ ai đó, chẳng hạn như bác sĩ của quý vị, đồng hành cùng quý vị. Nếu thuê luật sư thì quý vị phải trả phí luật sư. Nếu không, quý vị có thể gọi cho Đường Dây Nóng Về Quyền Lợi Công (một chương trình của Dịch Vụ Hỗ Trợ Pháp Lý Oregon (Legal Aid Services of Oregon) và Trung Tâm Luật Oregon (Oregon Law Center)) theo số 1-800-520-5292 (TTY 711) để được tư vấn và có thể là bố trí người đại diện. Thông tin về dịch vụ trợ giúp pháp lý miễn phí cũng có tại địa chỉ [www.oregonlawhelp.org](http://www.oregonlawhelp.org).

**Nếu quý vị cần điều trần nhanh (cấp tốc)**

Quý vị và nhà cung cấp của quý vị có thể cho rằng quý vị đang gặp vấn đề y tế cấp bách và không thể chờ quy trình điều trần thông thường. Hãy gửi mẫu đơn yêu cầu điều trần của quý vị cho Bộ Phận Phụ Trách Điều Trần của OHP theo số fax 503-945-6035. Quý vị cần gửi kèm văn bản lý giải của nhà cung cấp về lý do vì sao dịch vụ này lại cấp bách. Nếu Giám Đốc Y Khoa của OHP đồng ý rằng đây là vấn đề cấp bách, Bộ Phận Phụ Trách Điều Trần sẽ gọi cho quý vị trong vòng ba ngày làm việc.

**Phần 12.4 Những điều quan trọng cần biết**

Nhân viên bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của Providence Health Assurance có thể giúp quý vị nộp đơn khiếu nại. Nếu quý vị cần được trợ giúp, vui lòng gọi đến số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (TTY 711) và yêu cầu được trao đổi với một Đại Diện Dịch Vụ Khách Hàng.

**Chương 9 Phải làm gì nếu quý vị gặp vấn đề hoặc muốn khiếu nại (quyết định bao trả, kháng cáo, khiếu nại)**

Khi kháng cáo một quyết định, quý vị vẫn tiếp tục được hưởng dịch vụ của Providence Health Assurance mà không bị ảnh hưởng gì. Tuy nhiên, quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp trong quá trình kháng cáo nếu quyết định từ chối hoặc hạn chế dịch vụ được giữ nguyên.

# CHƯƠNG 10:

*Chấm dứt tư cách thành viên của quý  
vị trong chương trình*

---

## PHẦN 1 Giới thiệu cách chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi

---

Việc chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) có thể là **tự nguyện** (lựa chọn của riêng quý vị) hoặc **không tự nguyện** (không phải là lựa chọn của riêng quý vị):

- Quý vị có thể rời khỏi chương trình của chúng tôi bởi vì quý vị đã quyết định *muốn* rời. Phần 2 và 3 cung cấp thông tin về việc chấm dứt tư cách thành viên của quý vị một cách tự nguyện.
- Cũng có một số ít trường hợp trong đó quý vị không muốn rời chương trình nhưng chúng tôi buộc phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị. Phần 5 cho quý vị biết về các trường hợp trong đó chúng tôi buộc phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị.

Nếu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi, chương trình của chúng tôi phải tiếp tục cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và thuốc kê toa của quý vị và quý vị sẽ tiếp tục trả phần chia sẻ chi phí của mình cho đến khi tư cách thành viên của quý vị chấm dứt.

---

## PHẦN 2 Khi nào quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi?

---

<h3>Phần 2.1 Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên vì quý vị có Medicare và Medicaid</h3>
---

- Hầu hết những người có Medicare chỉ có thể chấm dứt tư cách thành viên vào một số thời điểm nhất định trong năm. Vì quý vị có Medicaid nên quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên trong chương trình của chúng tôi vào bất cứ tháng nào trong năm. Quý vị cũng có thể chọn ghi danh vào một chương trình Medicare khác vào bất cứ tháng nào, bao gồm:
  - Original Medicare *có* chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt,
  - Original Medicare *không có* chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt (Nếu quý vị chọn phương án này, Medicare có thể ghi danh cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị đã chọn không ghi danh tự động.), hoặc
  - Nếu đủ điều kiện, quý vị có thể ghi danh vào D-SNP tích hợp cung cấp cả Medicare và hầu hết hoặc tất cả quyền lợi và dịch vụ Medicaid của quý vị trong một chương trình.

**Lưu ý:** Nếu quý vị rút tên khỏi chương trình bảo hiểm thuốc kê toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy từ 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn Part D nếu tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó.

Hãy liên hệ với Văn Phòng Medicaid Tiểu Bang (State Medicaid Office) của quý vị để tìm hiểu về các chương trình Medicaid mà quý vị có thể tham gia (số điện thoại có ở Chương 2, Phần 6 trong tài liệu này).

**Chương 10 Chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình**

- Quý vị có thể chọn tham gia các chương trình sức khỏe Medicare khác trong **Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm**. Thông tin cụ thể hơn về Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm có ở Phần 2.2.
- **Khi nào tư cách thành viên của quý vị sẽ chấm dứt?** Tư cách thành viên của quý vị thường sẽ chấm dứt vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị. Thời gian quý vị ghi danh vào chương trình mới cũng bắt đầu vào ngày này.

**Phần 2.2 Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm**

Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong **Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm** (còn được gọi là Giai Đoạn Ghi Danh Mở Hàng Năm). Trong khoảng thời gian này, hãy xem xét bảo hiểm sức khỏe và thuốc của mình và quyết định việc tiếp tục tham gia bảo hiểm cho năm tới.

- **Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm là từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12.**
- **Quý vị có thể chọn duy trì bảo hiểm hiện tại của mình hoặc thay đổi bảo hiểm của quý vị cho năm sắp tới.** Nếu quý vị quyết định thay đổi sang một chương trình mới, quý vị có thể chọn bất kỳ loại nào sau đây:
  - Một chương trình sức khỏe Medicare khác, có hoặc không có bảo hiểm thuốc kê toa.
  - Original Medicare *có* chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt

*HOẶC*

  - Original Medicare *không có* chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt.
- **Tư cách thành viên của quý vị sẽ chấm dứt trong chương trình của chúng tôi khi chương trình bảo hiểm mới của quý vị bắt đầu vào ngày 1 tháng 1.**

**Nếu quý vị nhận được “Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help)” từ Medicare để thanh toán cho các loại thuốc kê toa của quý vị:** Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị đã chọn không ghi danh tự động.

**Lưu ý:** Nếu quý vị rút tên khỏi chương trình bảo hiểm thuốc kê toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy từ 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn Part D nếu tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó.

<b>Phần 2.3</b>	<b>Quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage</b>
-----------------	--

Quý vị có cơ hội thực hiện *một* thay đổi đối với bảo hiểm sức khỏe của mình trong **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage**.

- **Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage hàng năm** là từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 và cũng dành cho người thụ hưởng Medicare mới đã ghi danh chương trình MA từ tháng được hưởng Part A và Part B cho đến ngày cuối cùng của tháng thứ 3 được hưởng.
- **Trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Chương trình Medicare Advantage**, quý vị có thể:
  - Chuyển sang một chương trình Medicare Advantage khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc kê toa.
  - Rút tên khỏi chương trình của chúng tôi và mua bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn chuyển sang Original Medicare trong giai đoạn này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt tại thời điểm đó.
- **Tư cách thành viên của quý vị sẽ chấm dứt** vào ngày đầu tiên của tháng sau khi quý vị ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage khác hoặc chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị để chuyển sang Original Medicare. Nếu quý vị cũng chọn ghi danh vào một chương trình thuốc kê toa Medicare, tư cách thành viên của quý vị trong chương trình thuốc sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chương trình thuốc nhận được yêu cầu ghi danh của quý vị.

<b>Phần 2.4</b>	<b>Trong một số tình huống nhất định, quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt</b>
-----------------	--

Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện chấm dứt tư cách thành viên của mình vào các thời điểm khác trong năm. Đây được gọi là **Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt**.

**Quý vị có thể đủ điều kiện chấm dứt tư cách thành viên của mình trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt** nếu có bất kỳ trường hợp nào sau đây áp dụng cho quý vị. Đây chỉ là những ví dụ, để xem danh sách đầy đủ, quý vị có thể liên hệ với chương trình, gọi cho Medicare hoặc truy cập trang web Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)):

- Thông thường, khi quý vị đã chuyển đi.
- Nếu quý vị có Oregon Health Plan (Medicaid).
- Nếu quý vị đủ điều kiện nhận “Trợ Giúp Bổ Sung” trong việc thanh toán cho các toa thuốc Medicare của quý vị.
- Nếu chúng tôi vi phạm hợp đồng của chúng tôi với quý vị.
- Nếu quý vị đang được chăm sóc trong một viện, chẳng hạn như viện dưỡng lão hoặc bệnh viện chăm sóc dài hạn (LTC).

## Chương 10 Chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình

- Nếu quý vị ghi danh vào Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao tuổi (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Lưu ý:** Nếu quý vị đang tham gia chương trình quản lý thuốc, quý vị không thể thay đổi chương trình. Chương 5, Phần 10 cho quý vị biết thêm về các chương trình quản lý thuốc.
- **Lưu ý:** Thông tin cụ thể hơn về giai đoạn ghi danh đặc biệt dành cho những người có Medicaid nằm ở Phần 2.1.

Các giai đoạn ghi danh khác nhau tùy thuộc vào trường hợp của quý vị.

**Để biết quý vị có hội đủ điều kiện hưởng Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt hay không**, vui lòng gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Nếu quý vị hội đủ điều kiện chấm dứt tư cách thành viên của mình vì một tình huống đặc biệt, quý vị có thể chọn thay đổi cả bảo hiểm sức khỏe Medicare và bảo hiểm thuốc kê toa của mình. Quý vị có thể chọn:

- Một chương trình sức khỏe Medicare khác có hoặc không có bảo hiểm thuốc kê toa.
- Original Medicare với một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt.

### HOẶC

- Original Medicare *không có* chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt.

**Lưu ý:** Nếu quý vị rút tên khỏi chương trình bảo hiểm thuốc kê toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy từ 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn Part D nếu tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó.

**Nếu quý vị nhận được “Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help)” từ Medicare để thanh toán cho các loại thuốc kê toa của quý vị:** Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị đã chọn không ghi danh tự động.

**Tư cách thành viên của quý vị thường sẽ chấm dứt** vào ngày đầu tiên của tháng sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu thay đổi chương trình của quý vị.

**Lưu ý:** Thông tin cụ thể hơn về giai đoạn ghi danh đặc biệt dành cho những người có Medicaid và Trợ Giúp Bổ Sung nằm ở Phần 2.1 và 2.2.

### Phần 2.5 Quý vị có thể lấy thêm thông tin ở đâu về thời điểm quý vị có thể chấm dứt tư cách thành viên của mình?

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về việc chấm dứt tư cách thành viên của mình, quý vị có thể:

- **Gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.**
- Xem thông tin trong cẩm nang *Medicare & You 2025* (Medicare và Quý vị 2025).
- Vui lòng liên hệ **Medicare** theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần (TTY 1-877-486-2048).



### PHẦN 3      Làm cách nào để quý vị chấm dứt tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi?

Bảng dưới đây giải thích cách để quý vị chấm dứt tư cách thành viên của mình trong chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị muốn chuyển từ chương trình của chúng tôi sang:	Đây là những gì quý vị nên làm:
<ul style="list-style-type: none"><li>Một chương trình sức khỏe Medicare khác</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ghi danh vào chương trình sức khỏe Medicare mới. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.</li><li>Quý vị sẽ tự động bị rút tên khỏi Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) khi bảo hiểm trong chương trình mới của quý vị bắt đầu.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Original Medicare có chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ghi danh vào chương trình thuốc kê toa Medicare mới. Bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo.</li><li>Quý vị sẽ tự động bị rút tên khỏi Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) khi bảo hiểm trong chương trình mới của quý vị bắt đầu.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Original Medicare <i>không có</i> chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt</li><li>Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt, Medicare có thể ghi danh cho quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị đã chọn không ghi danh tự động.</li><li>Nếu quý vị rút tên khỏi chương trình bảo hiểm thuốc kê toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy từ 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muộn nếu tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><b>Gửi cho chúng tôi văn bản yêu cầu rút tên.</b> Liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng nếu quý vị cần thêm thông tin về cách thực hiện việc này.</li><li>Quý vị cũng có thể liên hệ với <b>Medicare</b>, theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần và yêu cầu rút tên. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.</li><li>Quý vị sẽ được rút tên khỏi Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) khi bảo hiểm của quý vị trong Original Medicare bắt đầu.</li></ul>

**Lưu ý:** Nếu quý vị rút tên khỏi chương trình bảo hiểm thuốc kê toa Medicare và không có bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy từ 63 ngày liên tiếp trở lên, quý vị có thể phải trả tiền phạt ghi danh muợn Part D nếu tham gia chương trình thuốc Medicare sau đó.

Nếu quý vị có câu hỏi về các quyền lợi trong Oregon Health Plan (Medicaid), hãy liên hệ với Oregon Health Plan (Medicaid) theo số miễn phí: 1-800-273-0557, TTY: 711, 8 a.m. đến 5 p.m., Thứ Hai – Thứ Sáu. Quý vị có thể hỏi xem việc tham gia chương trình khác hoặc quay lại Original Medicare sẽ ảnh hưởng như thế nào đến việc quý vị nhận bảo hiểm Oregon Health Plan (Medicaid).

---

## **PHẦN 4 Cho đến khi tư cách thành viên của quý vị chấm dứt, quý vị vẫn phải tiếp tục nhận các vật dụng y tế, dịch vụ và thuốc thông qua chương trình của chúng tôi**

---

Cho đến khi tư cách thành viên của quý vị trong Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) chấm dứt và bảo hiểm Medicare và Medicaid mới của quý vị bắt đầu, quý vị phải tiếp tục nhận các dịch vụ, vật dụng y tế và thuốc kê toa của mình thông qua chương trình của chúng tôi.

- **Tiếp tục sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi để được chăm sóc y tế.**
- **Tiếp tục sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi hoặc đặt mua qua đường bưu điện để mua thuốc kê toa.**
- **Nếu quý vị nhập viện vào ngày tư cách thành viên của quý vị chấm dứt, thời gian nằm viện của quý vị sẽ được chương trình của chúng tôi bao trả cho đến khi quý vị xuất viện (ngay cả khi quý vị được xuất viện sau khi bảo hiểm sức khỏe mới của quý vị bắt đầu).**

---

## **PHẦN 5 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình trong những trường hợp nhất định**

---

<b>Phần 5.1</b>	<b>Khi nào chúng tôi phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình?</b>
-----------------	--

**Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) phải chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình nếu bất kỳ điều nào sau đây xảy ra:**

- Nếu quý vị không còn Medicare Part A và Part B.
- Nếu quý vị không còn đủ điều kiện tham gia Oregon Health Plan (Medicaid). Như đã nêu trong Chương 1, Phần 2.1, chương trình của chúng tôi dành cho những người đủ điều kiện tham gia cả Medicare và Oregon Health Plan (Medicaid). Sau khi chương trình được thông báo rằng quý vị không còn đáp ứng các điều kiện tham gia đặc biệt này, quý vị sẽ

## Chương 10 Chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình

có 30 ngày để đáp ứng các điều kiện tham gia đặc biệt của chương trình. Nếu hết 30 ngày mà quý vị vẫn không đáp ứng được các điều kiện này thì tư cách thành viên chương trình của quý vị sẽ chấm dứt. Chúng tôi sẽ gửi thông báo cho quý vị về việc tư cách thành viên của quý vị chấm dứt và các lựa chọn mà quý vị có.

- Nếu quý vị chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi.
- Nếu quý vị đi khỏi khu vực dịch vụ của chúng tôi hơn sáu tháng.
  - Nếu quý vị chuyển nhà hoặc đi công tác dài hạn, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng để tìm hiểu xem nơi quý vị sắp chuyển đến hoặc đi đến có nằm trong khu vực của chương trình chúng tôi hay không.
- Nếu quý vị bị giam giữ (đi tù).
- Nếu quý vị không còn là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- Nếu quý vị nói dối hoặc giấu thông tin về bảo hiểm khác mà quý vị tham gia có cung cấp bảo hiểm thuốc kê toa.
- Nếu quý vị cố tình cung cấp cho chúng tôi thông tin không chính xác khi quý vị ghi danh vào chương trình của chúng tôi và thông tin đó ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện tham gia chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể bắt quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
- Nếu quý vị liên tục hành xử theo cách gây rối và gây khó khăn cho chúng tôi trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho quý vị và các thành viên khác trong chương trình của chúng tôi. (Chúng tôi không thể bắt quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
- Nếu quý vị để người khác sử dụng thẻ thành viên của mình để được chăm sóc y tế. (Chúng tôi không thể bắt quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì lý do này trừ khi chúng tôi được Medicare cho phép trước.)
  - Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của quý vị vì lý do này, Medicare có thể yêu cầu Tổng Thanh Tra điều tra trường hợp của quý vị.
- Nếu quý vị được yêu cầu trả thêm số tiền Part D theo thu nhập của quý vị nhưng quý vị không trả, Medicare sẽ rút tên quý vị khỏi chương trình của chúng tôi.

### Quý vị có thể lấy thêm thông tin ở đâu?

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc muốn biết thêm thông tin về thời điểm chúng tôi có thể chấm dứt tư cách thành viên của quý vị, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.

#### Phần 5.2

**Chúng tôi không thể yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do gì liên quan đến sức khỏe của quý vị**

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) không được phép yêu cầu quý vị rời khỏi chương trình của chúng tôi vì bất kỳ lý do gì liên quan đến sức khỏe.

### **Quý vị nên làm gì nếu điều này xảy ra?**

Nếu quý vị cho rằng mình bị yêu cầu rời khỏi chương trình vì lý do liên quan đến sức khỏe, vui lòng gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. (TTY 1-877-486-2048).

<b>Phần 5.3</b>	<b>Quý vị có quyền khiếu nại nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi</b>
-----------------	--

Nếu chúng tôi chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi, chúng tôi phải cho quý vị biết lý do của chúng tôi bằng văn bản về việc chấm dứt tư cách thành viên của quý vị. Chúng tôi cũng phải giải thích cho quý vị cách phản nản hoặc khiếu nại về quyết định chấm dứt tư cách thành viên của quý vị.

# CHƯƠNG 11:

## *Thông báo pháp lý*

---

## PHẦN 1 Thông báo về luật điều chỉnh

---

Luật chính áp dụng cho *Chứng Từ Bảo Hiểm* là Đề Mục XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội và các quy định được tạo ra theo Đạo Luật An Sinh Xã Hội bởi Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services) hoặc CMS. Ngoài ra, các luật khác của Liên Bang có thể được áp dụng và trong những trường hợp nhất định, áp dụng cả luật của tiểu bang nơi quý vị đang sống. Điều này có thể ảnh hưởng đến quyền và trách nhiệm của quý vị ngay cả khi luật không được dẫn chiếu hoặc giải thích trong tài liệu này.

---

## PHẦN 2 Thông báo về không phân biệt đối xử

---

**Chúng tôi không phân biệt đối xử** dựa trên chủng tộc, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, màu da, tôn giáo, giới tính, tuổi tác, khuynh hướng tình dục, khuyết tật về tâm thần hoặc thể chất, tình trạng sức khỏe, kinh nghiệm đòi bồi thường, lịch sử y tế, thông tin di truyền, bằng chứng về khả năng bảo hiểm hoặc vị trí địa lý trong khu vực dịch vụ. Tất cả các tổ chức cung cấp chương trình Medicare Advantage, giống như chương trình của chúng tôi, phải tuân theo luật Liên Bang chống phân biệt đối xử, bao gồm Đề Mục VI của Đạo Luật Dân Quyền (Civil Rights Act) năm 1964, Đạo Luật Phục Hồi (Rehabilitation Act) năm 1973, Đạo Luật Chống Phân Biệt Đối Xử Dựa Trên Tuổi Tác (Age Discrimination Act) năm 1975, Đạo Luật Người Mỹ Khuyết Tật (Americans with Disabilities Act), Phần 1557 của Đạo Luật Chăm Sóc Y Tế Giá Hợp Lý (Affordable Care Act), tất cả các luật khác áp dụng cho các tổ chức nhận được tài trợ của Liên Bang và bất kỳ luật và quy tắc nào khác áp dụng vì bất kỳ lý do nào khác.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc có lo ngại về phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công, vui lòng gọi cho **Văn Phòng Dân Quyền (Office for Civil Rights)** của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (Department of Health and Human Services) theo số 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) hoặc Văn Phòng Dân Quyền tại địa phương của quý vị. Quý vị cũng có thể xem thông tin từ Văn Phòng Dân Quyền (Office for Civil Rights) thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (Department of Health and Human Services) tại <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần trợ giúp để tiếp cận dịch vụ chăm sóc, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng. Nếu quý vị có khiếu nại, chẳng hạn như gặp vấn đề với việc sử dụng xe lăn, bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng có thể trợ giúp.

---

## PHẦN 3 Thông báo về quyền đại diện của Bên Thanh Toán Phụ Medicare

---

Chúng tôi có quyền và trách nhiệm thu tiền đối với các dịch vụ Medicare được bao trả mà Medicare không phải là bên thanh toán chính. Theo các quy định của CMS tại 42 CFR phần 422.108 và 423.462, Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), với tư cách là Tổ Chức Medicare Advantage, sẽ thực hiện các quyền khôi phục tương tự như Bộ Trưởng thực hiện theo quy định của CMS trong các tiểu phần B đến D trong phần 411 của 42 CFR và các quy tắc được thiết lập trong phần này thay thế bất kỳ luật nào của Tiểu Bang.

---

## **PHẦN 4                    Thông báo về Các Trường Hợp Bất Thường**

---

Sau đây là ví dụ về các trường hợp bất thường: phá hủy hoàn toàn hoặc một phần cơ sở vật chất, bạo loạn chiến tranh, nổi dậy dân sự, tranh chấp lao động, không nằm trong tầm kiểm soát của Providence Health Assurance, thảm họa nghiêm trọng, sự bất lực của một bộ phận đăng kê nhân viên bệnh viện, dịch bệnh hoặc các nguyên nhân tương tự. Nếu do các trường hợp bất thường mà việc cung cấp các dịch vụ và các quyền lợi khác được bao trả theo thỏa thuận này bị trì hoãn hoặc không được thực hiện, thì trong giới hạn cơ sở vật chất và nhân sự sẵn có, Providence Health Assurance sẽ nỗ lực hết sức để cung cấp dịch vụ và các quyền lợi khác được bao trả theo thỏa thuận này. Trong các trường hợp bất thường, Providence Health Assurance, bệnh viện hay bất kỳ bác sĩ nào cũng sẽ không phải chịu bất kỳ trách nhiệm pháp lý nào đối với sự chậm trễ hoặc không cung cấp dịch vụ hoặc các quyền lợi khác.

---

## **PHẦN 5                    Trách Nhiệm Của Bên Thứ Ba**

---

**Phần này mô tả nghĩa vụ của quý vị nếu quý vị nhận được các dịch vụ thuộc trách nhiệm của bất kỳ bên thứ ba nào.** “Bên thứ ba” là bất kỳ người nào khác ngoài quý vị hoặc Providence (các bên “thứ nhất” và “thứ hai”) và bao gồm bất kỳ công ty bảo hiểm nào cung cấp bất kỳ bảo hiểm nào hiện có cho quý vị.

1. Sau khi biết được bất kỳ bên thứ ba nào có trách nhiệm và có thể thanh toán cho các dịch vụ quý vị đã nhận, Providence sẽ không bao trả cho các dịch vụ đó.
2. Providence sẽ cần thông tin chi tiết từ quý vị. Providence Medicare Advantage Plans hoặc Nhà Cung Cấp Thẻ Quyền đã ký hợp đồng sẽ gửi cho quý vị bảng câu hỏi và quý vị phải hoàn thành bảng câu hỏi này rồi gửi lại càng sớm càng tốt. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hãy liên hệ với chúng tôi. Một nhân viên của Providence Medicare Advantage Plans chuyên về lĩnh vực này có thể giúp quý vị.
3. Nếu quý vị kiện một bên thứ ba, quý vị phải thông báo cho bên đó về quyền lợi của Providence.
4. Trong phạm vi tối đa được Medicare cho phép, Providence có quyền được hoàn trả từ bất kỳ khoản tiền nào thu hồi từ một bên thứ ba, cho dù việc thu hồi có được mô tả hay không hoặc cho một khoản nào đó ngoài chi phí y tế và quý vị có “hồi phục” sau tổn thất hay không. Providence có quyền được hoàn trả từ bất kỳ khoản thu hồi bồi thường tai nạn lao động nào cho dù tổn thất có được bồi thường hay không theo các luật đó.
5. Providence có quyền được hoàn trả toàn bộ giá trị quyền lợi, được tính bằng cách sử dụng các khoản phí thông thường và thông lệ của Providence, trừ đi một phần chia sẻ chi phí theo tỷ lệ và phí luật sư phát sinh để thực hiện việc thu hồi.
6. Trước khi chấp nhận giải quyết khiếu nại bên thứ ba, quý vị phải thông báo cho Providence bằng văn bản về các điều khoản được cung cấp.

**Chương 11 Thông báo pháp lý**

7. Nếu Providence không được bên thứ ba hoàn trả, quý vị phải hoàn trả cho Providence. Providence có thể yêu cầu các nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị hoàn lại tiền, sau đó các nhà cung cấp sẽ lập hóa đơn cho quý vị.
8. Quý vị phải hợp tác với Providence để nhận các khoản hoàn trả từ bên thứ ba liên quan đến các dịch vụ đã được Providence bao trả/thanh toán. Nếu thuê luật sư, quý vị phải yêu cầu luật sư đó tạo điều kiện hoàn trả cho Providence ở mức tối đa được pháp luật cho phép đối với bất kỳ khoản thu hồi nào từ bên thứ ba.
9. Sau khi nhận được khoản thu hồi từ bên thứ ba, quý vị phải thanh toán tất cả các chi phí y tế để điều trị bệnh hoặc chấn thương mà Providence đã thanh toán.
10. Chỉ khi quý vị chứng minh thỏa đáng với Providence rằng khoản thu hồi đã hết thì Providence mới bắt đầu thanh toán lại. Sau đó, Providence sẽ trả số tiền chi phí dịch vụ vượt quá mức thu hồi rỗng.
11. Nếu quý vị không hoàn trả cho Providence, Providence có thể thu hồi khoản hoàn trả từ các quyền lợi trong tương lai còn nợ theo Chương trình này hoặc chuyển tài khoản của quý vị đến một cơ quan thu nợ bên ngoài để thu hồi số tiền nợ cho Providence.
12. Nếu quý vị không kiện một bên thứ ba có trách nhiệm hoặc không hợp tác với Providence trong bất kỳ khiếu nại nào mà quý vị thực hiện, Providence có thể thu hồi trực tiếp từ bên thứ ba. Trong phạm vi tối đa được Medicare cho phép, Providence có thể thừa nhận các quyền của quý vị chống lại một bên thứ ba, có thể kiện bên thứ ba nhân danh quý vị, có thể can thiệp vào bất kỳ vụ kiện nào quý vị tiến hành và đặt quyền thế chấp đối với bất kỳ khoản thu hồi nào trong phạm vi mà Providence đã bao trả các quyền lợi hoặc đã phát sinh chi phí cần thu hồi.
13. Mọi hành vi không tuân thủ các nghĩa vụ của quý vị như được mô tả ở đây, trong phạm vi tối đa được pháp luật hiện hành cho phép, có thể dẫn đến việc Providence từ chối bao trả các quyền lợi và/hoặc chấm dứt bảo hiểm của quý vị.



# CHƯƠNG 12:

*Định nghĩa các từ quan trọng*

**Bảo Hiểm Medigap (Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare)** – Bảo hiểm bổ sung Medicare do các công ty bảo hiểm tư nhân bán để lấp đầy các “thiếu sót” trong Original Medicare. Các chính sách của Medigap chỉ hoạt động với Original Medicare. (Chương trình Medicare Advantage không phải là chính sách Medigap.)

**Bảo Hiểm Thuốc Kê Toa Đáng Tin Cậy** – Bảo hiểm thuốc kê toa (ví dụ: từ chủ lao động hoặc nghiệp đoàn) dự kiến sẽ chi trả trung bình ít nhất bằng mức bảo hiểm thuốc kê toa tiêu chuẩn của Medicare. Những người có loại bảo hiểm này khi họ hội đủ điều kiện cho Medicare có thể giữ bảo hiểm đó mà không phải trả tiền phạt, nếu họ quyết định ghi danh vào bảo hiểm thuốc kê toa Medicare sau này.

**Bảo Hiểm Thuốc Kê Toa Medicare (Medicare Part D)** – Bảo hiểm giúp thanh toán thuốc kê toa cho bệnh nhân ngoại trú, vắc xin, sinh phẩm và một số vật tư không thuộc phạm vi bảo hiểm của Medicare Part A hoặc Part B.

**Bộ Phận Giả và Dụng Cụ Chính Hình** – Các thiết bị y tế bao gồm, nhưng không giới hạn ở cánh tay, lưng, và nẹp cổ; chi giả; mắt giả; và các thiết bị cần thiết để thay thế một bộ phận hoặc chức năng cơ thể bên trong, bao gồm vật tư chứa chất thải, liệu pháp dinh dưỡng qua đường ruột và đường tiêm.

**Cá Nhân Đủ Điều Kiện Hưởng Quyền Lợi Kép** – Người đủ điều kiện hưởng cả Medicare và bảo hiểm Oregon Health Plan (Medicaid).

**Các Dịch Vụ Cấp Thiết** – Một dịch vụ được chương trình bao trả đòi hỏi phải chăm sóc y tế ngay lập tức nhưng không phải là trường hợp cấp cứu sẽ được coi là dịch vụ cấp thiết nếu quý vị tạm thời đang ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc việc sử dụng dịch vụ này từ các nhà cung cấp trong mạng lưới mà chương trình ký hợp đồng là không hợp lý xét theo thời gian, địa điểm và tình huống của quý vị. Ví dụ về các dịch vụ cấp thiết: bệnh và thương tích không lường trước được hoặc những đợt bùng phát bất ngờ của các tình trạng sẵn có. Tuy nhiên, các lần thăm khám định kỳ và cần thiết về mặt y tế với nhà cung cấp, chẳng hạn như kiểm tra sức khỏe hàng năm, không được coi là cấp thiết ngay cả khi quý vị ở ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hoặc tạm thời không thể sử dụng nhà cung cấp trong mạng lưới chương trình.

**Các Dịch Vụ Được Medicare Bao Trả** – Các dịch vụ được Medicare Part A và Part B bao trả. Tất cả các chương trình chăm sóc sức khỏe của Medicare phải bao trả tất cả các dịch vụ được Medicare Part A và Part B bao trả. Thuật ngữ Các Dịch Vụ Được Medicare Bao Trả không bao gồm các quyền lợi bổ sung, chẳng hạn như thị lực, nha khoa hoặc thính giác mà chương trình Medicare Advantage có thể cung cấp.

**Cần Thiết Về Mặt Y Tế** – Các dịch vụ, vật tư hoặc thuốc cần thiết để phòng ngừa, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng bệnh của quý vị và đáp ứng các tiêu chuẩn được chấp nhận về thực hành y khoa.

## **Chương 12 Định nghĩa các từ quan trọng**

**Cấp Cứu** – Cấp cứu y tế là khi quý vị hoặc một người không có chuyên môn nào khác, có hiểu biết vừa phải về sức khỏe và y học, thấy rằng quý vị có các triệu chứng sức khỏe cần được chăm sóc y tế ngay lập tức để tránh mất mạng (thai lưu nếu quý vị đang mang thai), mất chi, mất chức năng của chi, mất hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể. Các triệu chứng y tế có thể là bệnh tật, chấn thương, đau dữ dội hoặc tình trạng sức khỏe xấu đi nhanh chóng.

**Chăm Sóc Cấp Cứu** – Các dịch vụ được bao trả: 1) được cung cấp bởi một nhà cung cấp đủ điều kiện cung cấp các dịch vụ cấp cứu; và 2) cần thiết để điều trị, đánh giá hoặc ổn định tình trạng cấp cứu y tế.

**Chăm Sóc Cuối Đời** – Một quyền lợi cung cấp điều trị đặc biệt cho thành viên đã được chứng nhận về mặt y tế là mắc bệnh giai đoạn cuối, nghĩa là có thể còn sống được tối đa 6 tháng. Chúng tôi, chương trình của quý vị, phải cung cấp cho quý vị một danh sách các nhà an dưỡng cuối đời trong khu vực địa lý của quý vị. Nếu quý vị chọn nhà an dưỡng cuối đời và tiếp tục đóng phí bảo hiểm, quý vị vẫn là thành viên của chương trình của chúng tôi. Quý vị vẫn có thể nhận được tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y tế cũng như các quyền lợi bổ sung mà chúng tôi cung cấp.

**Chăm Sóc Giám Hộ** – Chăm sóc giám hộ là dịch vụ chăm sóc cá nhân được cung cấp trong viện dưỡng lão, nhà an dưỡng cuối đời hoặc cơ sở khác khi quý vị không cần dịch vụ chăm sóc y tế lành nghề hoặc chăm sóc điều dưỡng lành nghề. Chăm sóc trông nom, được cung cấp bởi những người không có kỹ năng chuyên môn hoặc không qua đào tạo, bao gồm giúp đỡ trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày như tắm rửa, mặc quần áo, ăn uống, lên xuống giường hoặc ghế, di chuyển xung quanh và sử dụng phòng tắm. Trong đó cũng có thể bao gồm loại chăm sóc liên quan đến sức khỏe mà hầu hết mọi người tự làm được, như sử dụng thuốc nhỏ mắt. Medicare không bao trả cho dịch vụ chăm sóc giám hộ.

**Chăm Sóc tại Cơ Sở Điều Dưỡng Lành Nghề (SNF)** – Các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng và phục hồi chức năng lành nghề được cung cấp liên tục hàng ngày tại một cơ sở điều dưỡng lành nghề. Ví dụ về chăm sóc này bao gồm vật lý trị liệu hoặc tiêm tĩnh mạch mà chỉ y tá hoặc bác sĩ có chứng chỉ hành nghề mới có thể thực hiện.

**Chỉ Định Được Chấp Thuận Về Mặt Y Tế** – Việc sử dụng một loại thuốc đã được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm phê duyệt hoặc được hỗ trợ ở một số tài liệu tham khảo nhất định, chẳng hạn như Thông Tin Về Thuốc Thuộc Dịch Vụ Danh Mục Thuốc Bệnh Viện Hoa Kỳ (American Hospital Formulary Service Drug Information) và Hệ Thống Thông Tin DRUGDEX (DRUGDEX Information System) của Micromedex.

**Chi Phí Tự Trả** – Xem định nghĩa về chia sẻ chi phí ở trên. Yêu cầu chia sẻ chi phí của thành viên để thanh toán cho một phần dịch vụ hoặc thuốc đã nhận cũng được gọi là yêu cầu về chi phí tự trả của thành viên.

**Chia Sẻ Chi Phí** – Chia sẻ chi phí là số tiền mà một thành viên phải trả khi nhận các dịch vụ hoặc thuốc. (Đây là số tiền bổ sung bên cạnh phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình.) Chia sẻ chi phí bao gồm bất kỳ sự kết hợp nào của ba loại thanh toán sau: (1) bất kỳ số tiền khấu trừ nào mà một chương trình có thể áp dụng trước khi bao trả cho các dịch vụ hoặc thuốc; (2) bất kỳ số tiền “đồng thanh toán” cố định nào mà chương trình yêu cầu khi thành viên nhận một dịch vụ hoặc loại thuốc cụ thể; hoặc (3) bất kỳ số tiền “đồng bảo hiểm” nào, tỷ lệ phần trăm của tổng số tiền được thanh toán cho một dịch vụ hoặc thuốc, mà chương trình yêu cầu khi thành viên nhận một dịch vụ hoặc loại thuốc cụ thể.

**Cho Phép Trước** – Chấp thuận trước để nhận các dịch vụ hoặc một số loại thuốc nhất định. Các dịch vụ được bao trả cần có sự cho phép trước sẽ được đánh dấu trong Bảng Quyền Lợi Y Tế ở Chương 4. Thuốc được bao trả cần có sự cho phép trước sẽ được đánh dấu trong danh mục thuốc và tiêu chí của chúng tôi được đăng trên trang web.

**Chứng Từ Bảo Hiểm (Evidence of Coverage, EOC) và Thông Tin Tiết Lộ** – Tài liệu này, cùng với biểu mẫu ghi danh của quý vị và bất kỳ tài liệu đính kèm nào khác, văn bản sửa đổi hợp đồng hoặc hợp đồng bảo hiểm tự nguyện khác đã chọn, giải thích phạm vi bảo hiểm của quý vị, những gì chúng tôi phải làm, các quyền của quý vị và những gì quý vị phải làm với tư cách là một thành viên của chương trình chúng tôi.

**Chương Trình Chăm Sóc Đặc Biệt Cho Bệnh Mãn Tính** – C-SNP là SNP hạn chế đăng ký đối với các cá nhân đủ điều kiện hưởng MA mắc một hoặc nhiều tình trạng mãn tính nghiêm trọng hoặc gây tàn phế, như được định nghĩa trong 42 CFR 422.2, bao gồm hạn chế đăng ký dựa trên dựa trên nhiều nhóm bệnh thường mắc kèm và liên quan đến lâm sàng được chỉ định trong 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

**Chương Trình Chiết Khấu Của Nhà Sản Xuất** – Một chương trình trong đó các nhà sản xuất thuốc sẽ thanh toán một phần trong toàn bộ chi phí của chương trình này cho các loại sản phẩm sinh học và thuốc biệt dược Part D được bao trả. Mức chiết khấu sẽ dựa trên thỏa thuận giữa chính phủ Liên Bang và các nhà sản xuất thuốc.

**Chương Trình Dual Eligible Special Needs (D-SNP)** – Một loại chương trình ghi danh cho những cá nhân được hưởng cả Medicare (Đề Mục XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội) và hỗ trợ y tế từ một chương trình tiểu bang theo Medicaid (Đề Mục XIX). Các tiểu bang bao trả một số hoặc tất cả chi phí Medicare, tùy thuộc vào tiểu bang và tình trạng hội đủ điều kiện của cá nhân.

**Chương Trình Institutional Equivalent Special Needs (SNP)** – Một chương trình ghi danh những cá nhân đủ điều kiện sống trong cộng đồng nhưng yêu cầu mức độ chăm sóc của tổ chức dựa trên đánh giá của Tiểu Bang. Việc đánh giá phải được thực hiện bằng cùng một công cụ đánh giá mức độ chăm sóc tương ứng của Tiểu Bang và được quản lý bởi một tổ chức không phải là tổ chức cung cấp chương trình. Loại Chương Trình Special Needs này có thể hạn chế việc ghi danh đối với những cá nhân cư trú trong một cơ sở trợ giúp an dưỡng theo hợp đồng (ALF) nếu cần thiết để đảm bảo cung cấp dịch vụ chăm sóc chuyên biệt một cách đồng nhất.

**Chương 12 Định nghĩa các từ quan trọng**

**Chương Trình Institutional Special Needs (SNP)** – Một chương trình ghi danh những cá nhân đủ điều kiện cư trú hoặc dự kiến sẽ liên tục cư trú trong 90 ngày hoặc lâu hơn trong một cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC). Các cơ sở này có thể bao gồm cơ sở điều dưỡng lành nghề (SNF), cơ sở điều dưỡng (NF), (SNF/NF), Cơ sở Chăm sóc Trung cấp Dành cho Người khuyết tật Phát triển (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID), cơ sở tâm thần nội trú và/hoặc các cơ sở được CMS chấp thuận cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn tương tự được bao trả theo Medicare Part A, Medicare Part B hoặc Medicaid; và có các cư dân với nhu cầu và tình trạng chăm sóc y tế tương tự như các loại cơ sở được nêu tên còn lại. Chương Trình Institutional Special Needs phải có thỏa thuận hợp đồng với (hoặc sở hữu và vận hành) (các) cơ sở LTC cụ thể.

**Chương Trình Medicare Advantage (MA)** – Đôi khi được gọi là Medicare Part C. Một chương trình được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare để cung cấp cho quý vị tất cả các quyền lợi Medicare Part A và Part B. Chương Trình Medicare Advantage có thể là một chương trình i) HMO, ii) PPO, iii) Private Fee-for-Service (PFFS) hoặc iv) một chương trình Medicare Medical Savings Account (MSA). Bên cạnh việc lựa chọn trong số các loại chương trình này, chương trình Medicare Advantage HMO hoặc PPO cũng có thể là một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (SNP). Trong hầu hết các trường hợp, Chương trình Medicare Advantage cũng cung cấp Medicare Part D (bảo hiểm thuốc kê toa). Các chương trình này được gọi là **Medicare Advantage Plans có Bảo Hiểm Thuốc Kê Toa**.

**Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (Special Needs Plan)** – Một loại Chương Trình Medicare Advantage đặc biệt cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tập trung hơn cho các nhóm người cụ thể, chẳng hạn như những người có cả Medicare và Oregon Health Plan (Medicaid), những người đang cư trú tại một viện dưỡng lão hoặc những người mắc một số bệnh mãn tính.

**Chương trình PACE** – Một chương trình PACE (Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi) kết hợp các dịch vụ và hỗ trợ y tế, xã hội và dài hạn (LTSS) cho những người già yếu để giúp họ duy trì tính tự lập và sinh sống trong cộng đồng (thay vì chuyển đến viện dưỡng lão) càng lâu càng tốt. Những người ghi danh vào chương trình PACE được nhận cả quyền lợi Medicare và Medicaid thông qua chương trình.

**Chương Trình Preferred Provider Organization (PPO)** – Chương trình Preferred Provider Organization là Chương trình Medicare Advantage có mạng lưới các nhà cung cấp theo hợp đồng đã đồng ý điều trị cho các thành viên của chương trình với một số tiền thanh toán cụ thể. Một chương trình PPO phải bao gồm tất cả các quyền lợi của chương trình cho dù đến từ các nhà cung cấp trong mạng lưới hay ngoài mạng lưới. Chia sẻ chi phí của thành viên nói chung sẽ cao hơn khi các quyền lợi của chương trình nhận được từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới. Các gói PPO có giới hạn hàng năm đối với chi phí tự trả của quý vị cho các dịch vụ nhận được từ các nhà cung cấp (ưu đãi) trong mạng lưới và giới hạn cao hơn về tổng chi phí tự trả kết hợp của quý vị cho các dịch vụ từ cả các nhà cung cấp (ưu đãi) trong mạng lưới và (không ưu đãi) ngoài mạng lưới.

**Chương Trình Sức Khỏe Medicare** – Một chương trình sức khỏe Medicare được cung cấp bởi một công ty tư nhân có hợp đồng với Medicare để cung cấp các quyền lợi Part A và Part B cho những người tham gia Medicare ghi danh vào chương trình. Thuật ngữ này bao gồm tất cả các Chương Trình Medicare Advantage, Chương Trình Medicare Cost, các Chương Trình Demonstration/Pilot và các Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện Cho Người Cao Tuổi (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

**Cơ Sở Phục Hồi Chức Năng Toàn Diện Ngoại Trú (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)** – Cơ sở chủ yếu cung cấp các dịch vụ phục hồi chức năng sau khi khỏi một bệnh hoặc chấn thương bao gồm vật lý trị liệu, các dịch vụ xã hội hoặc tâm lý, liệu pháp hô hấp, hoạt động trị liệu và các dịch vụ bệnh lý âm ngữ - ngôn ngữ, và các dịch vụ đánh giá môi trường tại nhà.

**Công Cụ Quyền Lợi Theo Thời Gian Thực** – Một cổng thông tin hoặc ứng dụng máy tính trong đó người đăng ký có thể tra cứu thông tin hoàn chỉnh về quyền lợi và danh mục thuốc cụ thể, chính xác, kịp thời, phù hợp về mặt lâm sàng, dành riêng cho người đăng ký. Cổng này cũng cho biết số tiền chia sẻ chi phí, các loại thuốc thay thế trong danh mục thuốc có thể được sử dụng cho tình trạng sức khỏe giống như một loại thuốc nhất định và các hạn chế bao trả (Sự Cho Phép Trước, Trị Liệu Từng Bước, Giới Hạn Số Lượng) áp dụng cho các loại thuốc thay thế.

**Danh Sách Thuốc Được Bao Trả (Danh Mục Thuốc hoặc Danh Sách Thuốc)** – Một danh sách các loại thuốc kê toa được chương trình bao trả.

**Dịch Vụ Được Bao Trả** – Thuật ngữ mà chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các dịch vụ và vật tư chăm sóc sức khỏe được chương trình của chúng tôi bao trả.

**Dịch Vụ Khách Hàng** – Một bộ phận trong chương trình của chúng tôi chịu trách nhiệm trả lời các câu hỏi của quý vị về tư cách thành viên, quyền lợi, khiếu nại và kháng cáo của quý vị.

**Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng** – Các dịch vụ này bao gồm vật lý trị liệu, âm ngữ và ngôn ngữ trị liệu, hoạt động trị liệu.

**D-SNP Tích Hợp** – D-SNP bao trả cho dịch vụ Medicare và hầu hết hoặc tất cả dịch vụ Medicaid theo một chương trình sức khỏe duy nhất đối với một số nhóm người đủ điều kiện hưởng cả Medicare và Medicaid. Những người này còn được gọi là cá nhân đủ điều kiện hưởng đầy đủ quyền lợi kép.

**Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu** – Đây là giai đoạn trước khi chi phí tự trả trong năm của quý vị đạt đến ngưỡng chi phí tự trả.

**Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Họa** – Giai đoạn trong Quyền Lợi Thuốc Part D bắt đầu khi quý vị (hoặc các bên đủ điều kiện khác thay mặt quý vị) đã chi \$2,000 cho các loại thuốc Part D được bao trả trong năm bảo hiểm. Trong giai đoạn thanh toán này, quý vị sẽ không phải chi trả bất cứ khoản nào cho các loại thuốc Part D được bao trả.

**Giai Đoạn Ghi Danh Ban Đầu** – Khi quý vị lần đầu tiên đủ điều kiện tham gia Medicare, đây là khoảng thời gian mà quý vị có thể đăng ký Medicare Part A và Part B. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare khi bước sang tuổi 65, Giai Đoạn Ghi Danh Ban Đầu của quý vị là khoảng thời gian 7 tháng bắt đầu vào 3 tháng trước tháng quý vị bước sang tuổi 65, bao gồm cả tháng quý vị bước sang tuổi 65 và kết thúc vào 3 tháng sau tháng quý vị bước sang tuổi 65.

**Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage** – Khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 1 đến 31 tháng 3 để các thành viên trong chương trình Medicare Advantage có thể hủy ghi danh chương trình của họ và chuyển sang một chương trình Medicare Advantage khác hoặc mua bảo hiểm thông qua Original Medicare. Nếu quý vị chọn chuyển sang Original Medicare trong giai đoạn này, quý vị cũng có thể tham gia một chương trình thuốc kê toa Medicare riêng biệt tại thời điểm đó. Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage cũng mở trong khoảng thời gian 3 tháng kể từ khi một cá nhân đủ điều kiện tham gia Medicare lần đầu tiên.

**Giai Đoạn Quyền Lợi** – Cách thức mà cả chương trình của chúng tôi và Original Medicare đo lường việc sử dụng các dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng lành nghề (SNF) của quý vị. Giai đoạn quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị tới cơ sở điều dưỡng lành nghề. Giai đoạn quyền lợi kết thúc khi quý vị không nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc lành nghề nào tại một SNF trong 60 ngày liên tiếp. Nếu quý vị tới một cơ sở điều dưỡng lành nghề sau khi một giai đoạn quyền lợi kết thúc, một giai đoạn quyền lợi mới sẽ bắt đầu. Không giới hạn số giai đoạn quyền lợi.

**Giới Hạn Số Lượng** – Một công cụ quản lý được thiết kế để hạn chế việc sử dụng các loại thuốc đã chọn vì lý do chất lượng, an toàn hoặc sử dụng. Giới hạn có thể liên quan đến số lượng thuốc mà chúng tôi bao trả cho mỗi toa thuốc hoặc trong một khoảng thời gian xác định.

**Kháng Cáo** – Kháng cáo là việc quý vị làm khi không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc từ chối yêu cầu chi trả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc kê toa hoặc chi trả cho các dịch vụ hoặc thuốc quý vị đã nhận. Quý vị cũng có thể kháng cáo nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc ngừng các dịch vụ mà quý vị đang nhận.

**Khấu trừ** – Số tiền quý vị phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc kê toa trước khi chương trình của chúng tôi thanh toán.

**Khiếu Nại** – Tên đầy đủ của nộp đơn khiếu nại là **phàn nàn**. Quy trình khiếu nại *chỉ* được sử dụng cho một số vấn đề nhất định. Bao gồm các vấn đề liên quan đến chất lượng chăm sóc, thời gian chờ đợi và dịch vụ khách hàng mà quý vị nhận được. Trong đó cũng bao gồm các khiếu nại nếu chương trình của quý vị không tuân theo các giai đoạn trong quy trình kháng cáo.

**Khoản Đồng Bảo Hiểm** – Số tiền quý vị có thể phải trả, được thể hiện dưới dạng tỷ lệ phần trăm (ví dụ như 20%), tương ứng với phần chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ hoặc thuốc kê toa sau khi quý vị thanh toán mọi khoản khấu trừ.

**Khoản Đồng Thanh Toán** – Khoản tiền mà quý vị có thể phải thanh toán như khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho một dịch vụ hoặc vật tư y tế, chẳng hạn như khám bác sĩ, khám ngoại trú tại bệnh viện hoặc mua thuốc kê toa. Khoản đồng thanh toán là một số tiền được ấn định (ví dụ \$10), chứ không phải là một tỷ lệ phần trăm.

**Khu Vực Dịch Vụ** – Khu vực địa lý nơi quý vị phải sinh sống để tham gia vào một chương trình sức khỏe cụ thể. Đối với các chương trình giới hạn bác sĩ và bệnh viện mà quý vị có thể sử dụng, nó thường cũng là khu vực mà quý vị có thể nhận các dịch vụ thông thường (không cấp cứu). Chương trình buộc phải rút tên quý vị nếu quý vị vĩnh viễn chuyển khỏi khu vực dịch vụ của chương trình.

**Medicaid (hoặc Medical Assistance)** – Một chương trình chung của Liên Bang và Tiểu Bang giúp chi trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập thấp và nguồn lực hạn chế. Các chương trình Medicaid khác nhau giữa các tiểu bang, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được bao trả nếu quý vị đủ điều kiện nhận cả Medicare và Medicaid.

**Medicare** – Chương trình bảo hiểm y tế của Liên Bang dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, một số người dưới 65 tuổi bị một số khuyết tật và những người bị Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (thường là những người bị suy thận vĩnh viễn cần lọc máu hoặc ghép thận).

**Nằm Viện Nội Trú** – Nằm viện khi quý vị chính thức nhập viện để hưởng các dịch vụ y tế lành nghề. Ngay cả khi quý vị ở lại bệnh viện qua đêm, quý vị vẫn có thể được coi là bệnh nhân ngoại trú.

**Ngoại Lệ** – Một loại quyết định bao trả, mà nếu được chấp thuận sẽ cho phép quý vị nhận một loại thuốc không có trong danh mục thuốc (ngoại lệ đối với danh mục thuốc). Quý vị cũng có thể yêu cầu xét ngoại lệ nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu quý vị thử một loại thuốc khác trước khi nhận loại thuốc quý vị yêu cầu, nếu chương trình của chúng tôi yêu cầu sự cho phép trước đối với một loại thuốc và quý vị muốn chúng tôi miễn trừ hạn chế về tiêu chí, hoặc nếu chương trình của chúng tôi giới hạn số lượng hoặc liều lượng của loại thuốc quý vị yêu cầu (ngoại lệ đối với danh mục thuốc).

**Người Hỗ Trợ Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Gia** – Người cung cấp các dịch vụ không cần kỹ năng của y tá hoặc bác sĩ trị liệu được cấp phép, chẳng hạn như trợ giúp chăm sóc cá nhân (ví dụ: tắm, sử dụng nhà vệ sinh, mặc quần áo hoặc thực hiện các bài tập theo chỉ định).

**Người Quản Lý Quyền Lợi Dược Phẩm (PBM)** - Thường là quản trị viên bên thứ ba, người này chịu trách nhiệm xử lý và thanh toán các yêu cầu về thuốc kê toa thay cho một chương trình sức khỏe.

**Ngưỡng Tự Trả** – Số tiền tối đa quý vị tự trả cho thuốc Part D.

**Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (Primary Care Provider, PCP)** – Bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác mà quý vị sẽ đến khám trước tiên đối với hầu hết các vấn đề sức khỏe. Trong nhiều chương trình sức khỏe Medicare, quý vị phải khám tại nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình trước khi khám tại bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác.

**Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới hoặc Cơ Sở Ngoài Mạng Lưới** – Nhà cung cấp hoặc cơ sở mà chúng tôi không có hợp đồng để điều phối hoặc cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các thành viên của chương trình chúng tôi. Các nhà cung cấp ngoài mạng lưới là các nhà cung cấp không được chương trình của chúng tôi tuyên dụng, sở hữu hoặc điều hành.



**Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới** – Nhà cung cấp là thuật ngữ chung mà chúng tôi sử dụng cho các bác sĩ, chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác, bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác được cấp phép hoặc chứng nhận bởi Medicare và bởi Tiểu Bang để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. **Nhà cung cấp trong mạng lưới** có một thỏa thuận với chương trình của chúng tôi để chấp nhận khoản thanh toán của chúng tôi dưới dạng thanh toán toàn phần và trong một số trường hợp sẽ phối hợp cũng như cung cấp các dịch vụ được bao trả cho các thành viên trong chương trình của chúng tôi. Các nhà cung cấp trong mạng lưới còn được gọi là “các nhà cung cấp của chương trình”.

**Nhà Thuốc Ngoài Mạng Lưới** – Nhà thuốc không có hợp đồng với chương trình của chúng tôi để phối hợp hoặc cung cấp các loại thuốc được bao trả cho các thành viên của chương trình chúng tôi. Hầu hết các loại thuốc quý vị nhận được từ các nhà thuốc ngoài mạng lưới không được chương trình của chúng tôi bao trả trừ khi áp dụng một số điều kiện nhất định.

**Nhà Thuốc Trong Mạng Lưới** – Nhà thuốc có hợp đồng với chương trình của chúng tôi, tại đây các thành viên trong chương trình có thể nhận quyền lợi về thuốc kê toa. Trong hầu hết các trường hợp, toa thuốc của quý vị chỉ được bao trả nếu mua tại một trong các nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi.

**Oregon Health Plan (Medicaid) (hoặc Medical Assistance)** – Một chương trình chung của Liên Bang và tiểu bang giúp chi trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập thấp và nguồn lực hạn chế. Các chương trình Oregon Health Plan (Medicaid) khác nhau giữa các tiểu bang, nhưng hầu hết các chi phí chăm sóc sức khỏe đều được bao trả nếu quý vị đủ điều kiện nhận cả Medicare và Oregon Health Plan (Medicaid).

**Original Medicare** (Traditional Medicare hoặc Fee-for-service Medicare) – Original Medicare được cung cấp bởi chính phủ, và không phải là một chương trình y tế tư nhân như Medicare Advantage Plans và các chương trình thuốc kê toa. Theo Original Medicare, các dịch vụ của Medicare được bao trả bằng cách thanh toán cho bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác do Quốc hội thành lập. Quý vị có thể thăm khám bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác chấp nhận Medicare. Quý vị phải trả khoản khấu trừ. Medicare thanh toán phần của mình trong số tiền được Medicare chấp thuận, và quý vị thanh toán phần của mình. Original Medicare có hai phần: Part A (Bảo Hiểm Bệnh Viện) và Part B (Bảo Hiểm Y Tế) và được áp dụng ở khắp mọi nơi trên Hoa Kỳ.

**Part C** – xem Chương Trình Medicare Advantage (MA).

**Part D** – Chương Trình Quyền Lợi Thuốc Kê Toa Medicare tự nguyện.

**Phàn nàn** – Một loại khiếu nại mà quý vị thực hiện về chương trình, nhà cung cấp hoặc các nhà thuốc của chúng tôi, bao gồm cả khiếu nại về chất lượng dịch vụ chăm sóc của quý vị. Việc này không liên quan đến bảo hiểm hoặc tranh chấp thanh toán.

**Phí Bảo Hiểm** – Khoản thanh toán định kỳ cho Medicare, một công ty bảo hiểm hoặc một chương trình chăm sóc sức khỏe để bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc kê toa.

**Phí Cấp Phát** – Khoản phí được tính mỗi khi cấp phát một loại thuốc được bao trả để thanh toán chi phí mua thuốc kê toa, chẳng hạn như thời gian để dược sĩ chuẩn bị và đóng gói thuốc kê toa.

**Quyết Định Bao Trả** – Quyết định về việc liệu một loại thuốc được kê cho quý vị có được chương trình bao trả hay không và số tiền, nếu có, quý vị phải thanh toán cho toa thuốc. Nói chung, nếu quý vị mang toa thuốc của mình đến một nhà thuốc và nhà thuốc đó cho quý vị biết toa thuốc đó không được bao trả trong chương trình của quý vị, thì đó không phải là một quyết định bao trả. Quý vị cần gọi điện hoặc viết thư cho chương trình của mình để yêu cầu quyết định chính thức về việc bao trả. Các quyết định bao trả được gọi là “quyết định bao trả” trong văn bản này.

**Quyết Định của Tổ Chức** – Một quyết định của tổ chức về việc có bao trả cho các vật phẩm hoặc dịch vụ hay không hoặc quý vị phải trả bao nhiêu cho các vật phẩm hoặc dịch vụ được bao trả. Các quyết định của tổ chức được gọi là “quyết định bao trả” trong văn bản này.

**Rút Tên hoặc Sự Rút Tên** – Quá trình chấm dứt tư cách thành viên của quý vị trong chương trình của chúng tôi.

**Sản Phẩm Sinh Học** – Một loại thuốc kê toa được làm từ các nguồn sống và tự nhiên 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. (Vui lòng xem cả “**Sản Phẩm Sinh Học Gốc**” và “**Thuốc Sinh Học Tương Tự**”).

**Sản Phẩm Sinh Học Gốc** – Một sản phẩm sinh học đã được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) chấp thuận và được dùng làm cơ sở so sánh cho các nhà sản xuất tạo ra phiên bản sinh học tương tự. Sản phẩm này còn được gọi là sản phẩm tham chiếu.

**Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA)** – Nếu tổng thu nhập được điều chỉnh đã sửa đổi của quý vị như được báo cáo trên tờ khai thuế IRS của quý vị từ 2 năm trước cao hơn một số tiền nhất định, quý vị sẽ phải trả số tiền phí bảo hiểm tiêu chuẩn và một Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập, còn được gọi là IRMAA. IRMAA là một khoản phí bổ sung được cộng vào phí bảo hiểm của quý vị. Dưới 5% số người tham gia Medicare bị ảnh hưởng, vì vậy hầu hết mọi người sẽ không trả phí bảo hiểm cao hơn.

**Số Tiền Tự Trả Tối Đa** – Số tiền tối đa mà quý vị tự trả trong năm cho các dịch vụ Part A và Part B được bao trả. Số tiền quý vị trả cho phí bảo hiểm Medicare Part A và Part B và thuốc kê toa không được tính vào số tiền tự trả tối đa. Nếu đủ điều kiện được hỗ trợ khoản chia sẻ chi phí của Medicare theo Oregon Health Plan (Medicaid), quý vị sẽ không phải thanh toán bất cứ chi phí tự trả nào để đạt đến khoản tự trả tối đa cho các dịch vụ Part A và Part B được bao trả. (**Lưu ý:** Vì các thành viên của chúng tôi cũng được Oregon Health Plan (Medicaid) hỗ trợ nên từ trước đến nay, có rất ít thành viên đạt đến số tiền tự trả tối đa này.)

**Thành Viên (Thành Viên Chương Trình của chúng tôi hoặc Thành Viên Chương Trình)** – Người tham gia Medicare đủ điều kiện nhận các dịch vụ được bao trả, đã ghi danh vào chương trình của chúng tôi và thông tin ghi danh của họ đã được Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) xác nhận.

**Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (Durable Medical Equipment, DME)** – Một số thiết bị y tế được bác sĩ chỉ định vì lý do y tế. Ví dụ bao gồm khung tập đi, xe lăn, nạng, hệ thống nệm có nguồn điện, đồ dùng cho bệnh nhân tiểu đường, máy bơm truyền IV, thiết bị tạo giọng nói, thiết bị cấp oxy, máy phun sương hoặc giường bệnh do nhà cung cấp đặt hàng để sử dụng tại nhà.

**Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (Supplemental Security Income, SSI)** – Một khoản trợ cấp hàng tháng do Sở An Sinh Xã Hội chi trả cho những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế, những người bị tàn tật, mù hoặc từ 65 tuổi trở lên. Các quyền lợi SSI không giống như các quyền lợi An Sinh Xã Hội.

**Thuốc Biệt Dược** – Thuốc kê toa được sản xuất và bán bởi công ty dược phẩm ban đầu nghiên cứu và phát triển loại thuốc đó. Thuốc biệt dược có cùng công thức thành phần hoạt chất với phiên bản thuốc gốc. Tuy nhiên, thuốc gốc được sản xuất và bán bởi các nhà sản xuất thuốc khác và thường không có sẵn cho đến khi bằng sáng chế về thuốc biệt dược hết hạn.

**Thuốc Được Bao trả** – Thuật ngữ chúng tôi sử dụng để chỉ tất cả các loại thuốc kê toa được chương trình của chúng tôi bao trả.

**Thuốc Gốc** – Một loại thuốc kê toa được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration, FDA) phê duyệt vì có cùng (các) thành phần hoạt chất với thuốc biệt dược. Thông thường, thuốc “gốc” có tác dụng tương tự như thuốc biệt dược và thường có giá thấp hơn.

**Thuốc Part D** – Các loại thuốc có thể được bao trả theo Part D. Chúng tôi có thể cung cấp hoặc không cung cấp tất cả các loại thuốc Part D. Một số loại thuốc cụ thể đã bị Quốc Hội loại trừ khỏi danh mục thuốc Part D. Một số loại nhất định thuộc danh mục thuốc Part D phải được bao trả bởi mọi chương trình.

**Thuốc Sinh Học Tương Tự** – Một sản phẩm sinh học rất giống, nhưng không hoàn toàn giống, 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 mới (Xem “**Thuốc Sinh Học Tương Tự Có Thể Thay Đổi Cho Nhau**”).

**Thuốc Sinh Học Tương Tự Có Thể Thay Đổi Cho Nhau** – Loại thuốc sinh học tương tự có thể dùng làm thuốc thay thế cho một sản phẩm sinh học tương tự gốc tại nhà thuốc mà không cần toa mới vì loại thuốc thay thế này đáp ứng các yêu cầu bổ sung liên quan đến khả năng thay thế tự động. Việc thay thế tự động tại nhà thuốc phải tuân theo luật pháp tiểu bang.

**Tiền Phạt Ghi Danh Muộn Part D** – Số tiền được cộng vào phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị cho bảo hiểm thuốc Medicare nếu quý vị không được bảo hiểm đáng tin cậy (bảo hiểm dự kiến chi trả trung bình ít nhất bằng mức bảo hiểm thuốc kê toa tiêu chuẩn Medicare) trong thời gian liên tục 63 ngày trở lên sau lần đầu tiên quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình Part D. Nếu bị mất quyền nhận "Trợ Giúp Bổ Sung", quý vị có thể phải thanh toán tiền phạt ghi danh muộn khi không có bảo hiểm Part D hoặc bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy khác trong 63 ngày trở lên.

**Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (Quality Improvement Organization, QIO)** – Một nhóm các bác sĩ hành nghề và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được chính phủ Liên Bang trả tiền để kiểm tra và cải thiện dịch vụ chăm sóc dành cho bệnh nhân Medicare.

**Trị Liệu Từng Bước** – Một phương pháp đòi hỏi quý vị trước hết phải thử một loại thuốc khác để điều trị tình trạng y tế của quý vị trước khi chúng tôi chỉ trả cho loại thuốc mà bác sĩ của quý vị đã kê toa ban đầu.

**Trợ Cấp cho Người có Thu Nhập Thấp (Low Income Subsidy, LIS)** – Xem “Trợ Giúp Bổ Sung”.

**Trợ Giúp Bổ Sung** – Một chương trình Medicare để giúp những người có thu nhập và nguồn lực hạn chế thanh toán các chi phí của chương trình thuốc kê toa Medicare, chẳng hạn như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ và khoản đồng bảo hiểm.

**Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)** – Cơ quan Liên Bang quản lý Medicare.

**Trung Tâm Phẫu Thuật Di Động (Ambulatory Surgical Center)** – Trung Tâm Phẫu Thuật Di Động là một tổ chức hoạt động riêng với mục đích cung cấp các dịch vụ phẫu thuật ngoại trú cho bệnh nhân không cần nhập viện và thời gian lưu trú dự kiến tại trung tâm không quá 24 giờ.

**Tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày** – Tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày có thể áp dụng khi bác sĩ của quý vị kê toa loại thuốc nhất định cho quý vị dùng trong ít hơn một tháng và quý vị phải trả khoản đồng thanh toán. Tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày là khoản đồng thanh toán chia cho số ngày trong nguồn cung cấp của một tháng. Đây là một ví dụ: Nếu khoản đồng thanh toán của quý vị cho nguồn cung cấp thuốc một tháng là \$30, và nguồn cung cấp thuốc một tháng trong chương trình của quý vị là 30 ngày, thì “tỷ lệ chia sẻ chi phí hàng ngày” của quý vị là \$1 mỗi ngày.

## Bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng của Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Phương thức	Bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng – Thông Tin Liên Hệ
<b>GỌI ĐIỆN</b>	503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần. Bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng cũng có các dịch vụ phiên dịch miễn phí dành cho khách hàng không nói Tiếng Anh.
<b>TTY</b>	711 Các cuộc gọi đến số này đều miễn phí. Giờ làm việc là từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần.
<b>FAX</b>	503-574-8608
<b>GỬI THƯ</b>	Providence Health Assurance Attn: Customer Service Team P.O. Box 5548 Portland, OR 97228-5548
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com">www.ProvidenceHealthAssurance.com</a>

## Hỗ Trợ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Tuổi (Oregon SHIP)

Hỗ Trợ Quyền Lợi Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Tuổi (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA) là một chương trình cấp tiểu bang được cấp tiền từ chính phủ Liên Bang để cung cấp dịch vụ tư vấn bảo hiểm sức khỏe địa phương miễn phí cho những người có Medicare.

Phương thức	Thông Tin Liên Hệ
<b>GỌI ĐIỆN</b>	1-800-722-4134
<b>TTY</b>	711
<b>GỬI THƯ</b>	SHIBA 500 Summer St. NE, E-12 Salem, OR 97301  Email: <a href="mailto:shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov">shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov</a>
<b>TRANG WEB</b>	<a href="http://www.shiba.oregon.gov">www.shiba.oregon.gov</a>

**Tuyên Bố Công Khai PRA** Theo Đạo Luật Giảm Bớt Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không ai phải phản hồi biểu mẫu thu thập thông tin trừ khi trên đó có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho biểu mẫu thu thập thông tin này là 0938-1051. Nếu quý vị có nhận xét hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng gửi thư cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-603-2340 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-603-2340 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-603-2340 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-603-2340 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على [1-800-603-2340]. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-603-2340 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-603-2340 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-603-2340 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-603-2340 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。